
UNIUNEA EUROPEANĂ


GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI, PROTECȚIEI SOCIALE ȘI PERSOANELOR VÂRSTNICE
AMPOSDRU


Fondul Social European
POSDRU 2007-2013


Instrumente Structurale
2007-2013


MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OIPOSDRU


Institutul de Medicină Legală
IAȘI

DIANA BULGARU-ILIESCU
GABRIELA COSTEA
ALEXANDRA ENACHE
LIVIU OPREA
VALENTIN GHEORGHIU
VASILE ASTĂRĂSTOAE

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

AUTORI
(în ordine alfabetică)

Vasile Astărăstoae

Absolvent al Facultății de Medicină și al Facultății de Drept, este profesor la Disciplina Medicină Legală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa" Iași. Predă Medicina Legală și Bioetică. Este Doctor în Științe Medicale și Medic Primar Legist, Președinte al Colegiului Medicilor din România, Rector al Universității de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa" Iași, membru al Comitetul Director de Bioetică al Consiliul Europei, Președinte al Societății Române de Bioetică și Redactor-șef al „Revistei Române de Bioetică". Este autor/ coautor a 33 de cărți, tratate, cursuri și articole științifice în domeniul medicinei legale, bioeticii, criminologiei, psihiatriei, dreptului medical.

Diana Bulgaru-Iliescu

Medic primar legist și Directorul Institutului de Medicină Legală Iași. Este Doctor în Științe Medicale și deține un Master în Bioetică. Este membră în Comisia Superioară de Medicină Legală, membru fondator al Societății Române de Bioetică și membră a Societății de Medicină Legală. Autor/ coautor a peste 30 de articole publicate în jurnale științifice de impact, capitole și cărți în domeniul medicinei legale. Are experiență de peste 10 ani în comisia de expertiză medico-legală psihiatrică. Cadru didactic asociat din 2005 la Facultatea de Drept a Universității „Al.I. Cuza" Iași. Membră în echipa de implementare a standardelor de formare a experților în domeniul psihiatriei medico-legale.

Gabriela Costea

Medic primar psihiatru la Institutul Național de Medicină Legală, București. Autor a peste 120 de articole, studii și capitole de cărți privind psihiatria medico-legală, publicate în țară și în străinătate. Prezență constantă la manifestări științifice interne și internaționale de psihiatrie și medicină legală. Preocupări privind psihopatologia omorului, suicidului, debuturilor medico-legale, alcoolismului și simulării. Experiență de 35 de ani în domeniu, dintre care 20 de ani la Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici" București (19 ani la Comisia de Nouă Expertiză Medico-legală Psihiatrică – pe țară).

Irina Crumpei

Asistent Universitar la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației a Universității „Al.I. Cuza" Iași. A obținut titlul de Doctor în Științe în domeniul stresului traumatic secundar la cadrele medicale. Domeniile de interes științific includ psihologia clinică, psihoterapia, psihologia medicală și psihologia mediului, în cadrul cărora realizează și activitate didactică. Este psihoterapeut în cadrul Societății de psihoterapie și intervenție psihosocială „Catharsis" din Iași.

Ion Duvac

Psiholog, profesor asociat al Facultății de Psihologie și Științele Educației din cadrul Universității din București și coordonator al masterului de Psihologie Aplicată în Domeniul Securității Naționale în cadrul aceleiași facultăți. Este membru fondator al Colegiului Psihologilor din România cu o vastă experiența profesională în Psihologia clinică și în Psihologia *intelligence*-ului. A înființat Academia *Psychological Profiler*, centru european de formare profesională inițială și continuă pentru specialiștii din domeniul psihologiei și al științelor conexe.

Alexandra Enache

Doctor în medicină, medic primar medicină legală, licențiat în științe juridice, coordonator al disciplinei de Medicină legală, bioetică, deontologie şi drept medical a Universității de Medicină şi Farmacie „Victor Babeş" Timişoara, prodecan al Facultății de Medicină, preşedinte al Comisiei de Etică a Cercetării a UMFVB Timişoara, vice-preşedinte al Societății Române de Medicină Legală, membru în: Comisia Superioară de Medicină Legală, Comisia de Medicină Legală a Ministerului Sănătății, Comisia de Bioetică a CMR, Balkan Academy of Forensic Sciences, Mediteranean Academy of Forensic Sciences, Editorial Board Timişoara Medical Journal, Romanian Journal of Legal Medicine.

Cristina Gavrilovici

Conferențiar universitar la Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa" Iaşi, unde predă bioetica la nivel universitar, postuniversitar şi doctoral. A obținut titlul de Doctor în Medicină la aceeaşi universitate şi a absolvit cursurile programului de Master în Bioetică la Universitatea Case din Cleveland, Ohio, SUA. Este Preşedintele Comisiei de etică a Colegiului Medicilor din România şi expert al Comisiei Europene în etica cercetării. A contribuit la publicarea a 4 cărți în domeniul bioeticii şi la redactarea a 21 capitole de carte în diverse monografii.

Valentin Gheorghiu

Medic primar legist, conferențiar universitar la Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila" Bucureşti, competență în electrofiziologie. Are o vechime de peste 30 de ani ca medic, din care 25 de ani în medicina legală. Medic şef al Departamentului de Expertiză Medico-legală Psihiatrică la Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici" Bucureşti. Autor a peste 35 de articole şi cărți. Responsabil pe țară cu problematica metodologiei expertale. Participant activ la proiecte legislative (penale, civile, legi speciale).

Bogdan Mălinescu

Medic primar legist, licențiat în științe juridice, medic-șef al Serviciului Medico-Legal Județean Ilfov. A publicat peste 25 de lucrări științifice și articole (8 în colaborare cu psihiatria medico-legală). Domenii de expertiză: infracțiunile sexuale, psihotraumatologia, patologia de penitenciar. A definitivat metodologia expertizării în transsexualism. Are experiență de peste 6 ani în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică (a coordonat organizarea acesteia în județul Ilfov).

Constantin Oancea

Medic primar psihiatru specialitatea psihiatrie pediatrică, conferențiar universitar la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" București, cu preocupări în domeniul tulburărilor de comportament, psihiatriei medico-legale și psihoterapiei la minori. Autor a peste 140 de articole, capitole de cărți și de volume privind psihiatria copilului și adolescentului. A lucrat 24 de ani în problematica comportamentului antisocial la minori, fiind referent în domeniu.

Liviu Oprea

Bioetician, a obținut titlul de Doctor în Științe la University of Adelaide (Australia) și Masterul în Bioetică la Case Western Reserve University (SUA). Este cadru didactic asociat la Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa" Iași. Are experiență în cercetarea calitativă a relației medic-pacient, mai ales în medicina de familie, precum și în domeniul politicilor de sănătate. Are, de asemenea, experiență în cursuri interdisciplinare la nivel universitar și postuniversitar în etica medicală, etica cercetării și etica în psihiatria medico-legală.

Dan Prelipceanu

Medic primar psihiatru, şeful catedrei de psihiatrie a Universităţii de Medicină şi Farmacie „Carol Davila" Bucureşti; preşedinte al Asociaţiei Române de Psihiatrie şi Psihoterapie. A deţinut şi deţine numeroase funcţii profesionale şi administrative. A publicat peste 180 de articole ştiinţifice în reviste de specialitate, străine şi româneşti, capitole de cărţi şi cărţi, fiind coautor al primei cărţi de expertiză medico-legală psihiatrică, publicată în România. A activat în cadrul comisiilor de expertiză medico-legală psihiatrică, inclusiv la nivelul Comisiei Superioare de Medicină Legală, fiind şi în prezent referent în domeniu.

George Talău

Medic primar psihiatru, şef al catedrei de psihiatrie a Facultăţii de Medicină a Universităţii „Lucian Blaga" din Sibiu. Autor a peste 190 de articole şi a 15 capitole de cărţi şi cărţi de specialitate, incluzând domeniul ştiinţelor comportamentului. Membru în colectivul editorial al numeroase reviste ştiinţifice româneşti şi străine. Are peste 20 de ani de activitate în expertiza medico-legală psihiatrică şi 10 ani ca membru în comisia interministerială de control al activităţii spitalelor de psihiatrie şi pentru măsuri de siguranţă a bolnavilor cu periculozitate socială.

Nicoleta Tătaru

Medic primar psihiatru. Este secretar al Secţiei de Psihiatrie Medico-Legală a Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie şi membru al Comitetului de Psihiatrie Medico-Legală al Asociaţiei Europene de Psihiatrie. A organizat numeroase manifestări ştiinţifice naţionale şi internaţionale în domeniu. Peste 170 de lucrări şi peste 20 de capitole de cărţi. Domenii predilecte: gerontopsihiatrie, psihiatrie medico-legală, etica psihiatrică. Are o experienţă în psihiatria medico-legală de peste 35 de ani.

CUPRINS

[illegible]

PREFAȚA

Medicina legală a apărut ca un răspuns la nevoia societății de a afla adevărul și de a fundamenta justiția pe dreptate. Nu întâmplător, primul tratat de medicină legală, scris în Orientul îndepărtat în secolul al XIII-lea se intitula „Cum se spală nedreptatea". Însăși definirea domeniului, și anume „știința care, utilizând datele concrete din domeniul biomedical, furnizează probe pertinente și concludente în domeniul abstract al dreptului" conturează caracterul antropologic, axiologic și umanist al medicinei legale.

Domeniul psihiatriei medico-legale este dificil, dar și fascinant. Aceasta se datorează, pe de o parte, faptului că evaluează nu numai normalitatea sau anormalitatea psihică, dar și personalitatea individuală, iar, pe de altă parte, implică o responsabilitate enormă, de rezultatul acesteia depinzând libertatea unei persoane și ontogenia sa socială ulterioară. Din aceste două elemente (stare psihică și responsabilitate) derivă necesitatea abordării interdisciplinare, a definirii unei metodologii particulare care să permită armonizarea domeniilor specifice care se întrepătrund în efectuarea expertizei, precum și a profesionalizării celor implicați în această activitate. În România, activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică se desfășoară în cadrul comisiilor de experți, formate din medici legiști, psihiatri, psihologi, sociologi, etc.

Această carte a pornit deci de la o nevoie pregnantă de constituire a unui corp de cunoștințe comune și integrate pentru toți profesioniștii cu specializări distincte implicați în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică. Scopul ei a fost de a susține colaborarea și comunicarea profesională a acestora. Pentru a realiza acest demers, editorii acestui volum au coordonat efortul comun al unor specialiști cu vastă experiență și recunoaștere națională și internațională în psihiatria medico-legală. Dorința editorilor a fost de a realiza un text cuprinzător care să acopere nevoile de formare

interdisciplinară ale psihiatrilor, legiştilor şi psihologilor care activează în comisiile de expertiză psihiatrică medico-legală.

Pentru a realiza acest demers a fost nevoie de efortul conjugat al tuturor Institutelor de Medicină Legală din țară. Astfel, s-a construit proiectul ***„Standarde europene pentru programe postdoctorale competitive de formare în domeniul managementului cercetării avansate şi expertizei psihiatrice medico-legale"***, în cadrul Programului Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane, coordonat de Institutul de Medicină Legală din Iaşi. Prezenta carte constituie, alături de standarde de practică şi cercetare şi metodologii unitare, un produs al acestui efort conjugat.

Lucrarea de față oferă, pentru prima dată în România, o perspectivă integrativă asupra problematicii specifice expertizei medico-legale psihiatrice, din punctul de vedere al zonelor de intersecție a trei specialități distincte. În plus, această lucrare creează premizele stabilirii unor standarde comune aliniate celor internaționale, pentru practica comisiilor de expertiză medico-legală. Cartea parcurge **fundamentele şi particularitățile psihiatriei medico-legale** din punct de vedere **epistemologic comparativ** şi abordează în detaliu **patologia psihiatrică** şi noțiunile relevante de **psihologie** şi **medicină legală**. Sunt astfel puse la dispoziția cititorului cunoştințele necesare pentru a naviga în sistemul juridic din perspectiva practicii psihiatrice medico-legale, înțelegerii rolului fiecăruia dintre experți în comisiile de evaluare psihiatrică medico-legală, precum şi cunoştințe fundamentale pentru practica profesională şi etică.

Speranța editorilor şi a autorilor este că ea va deveni un instrument în creşterea calității şi acurateței expertizei medico-legale.

Prof. Dr. Vasile Astărăstoae

NORMALITATE ŞI BOALĂ PSIHICĂ

Dan Prelipceanu

DEFINIŢIILE NORMALITĂŢII

Normalitatea este o noţiune limită a psihiatriei, psihologiei.

Dificultăţile metodologice ale evaluării *normalităţii* decurg din faptul că este o noţiune greu cuantificabilă (entitate biologică + spirituală care trebuie comparată cu idealul normativ/ etic/ axiologic/ moral).

Zonele de graniţă dintre Normalitate – Patologic → problema diagnosticului dimensional *vs* diagnostic categorial.

Definiţia **normalităţii** are un **sens denotativ ce implică delimitarea de anormalitate, devianţă, boală**, urât, rău, nefiresc, neobişnuit.

Anormalitatea (genul proxim al Normalităţii) reprezintă variaţiile inferioare şi superioare ale *normalităţii.*

Despre normalitatea biologică se poate vorbi riguros, ceea ce nu este valabil şi pentru normalitatea psihică (Stossel, Ogodescu, 1972).

Normalitatea este suma comportamentelor a căror finalitate este optimizarea adaptativă. Omul este o fiinţă cu vocaţia normalităţii (Prelipceanu, 2000). Normalitatea absolută, ideală nu poate fi atinsă.

Definiţii pragmatice ale normalităţii

1. **Maturitatea** (Erickson: persoana normală/ matură are capacitatea de a depăşi dificultăţile şi conflictele fiecărui stadiu al existenţei);

2. **Norma responsivă** (K. Kolle) – măsura în care un individ poate face faţă sarcinii unui statut/ rol social; are conotaţie socio-psihologică, mai este un pas până la perspectiva clinică psihopatologică (descrie destructurări, deteriorări, dizabilităţi, defecte, handicapuri specifice), boala fiind un minus;

3. *Exprimată prin* **media statistică** *a unor grupuri specifice* (nu există o normalitate totală/ generală), ea presupune normalitate fizică, intelectuală, precum şi absenţa simptomelor nevrotice şi psihotice (Levine); are conotaţie dimensională;

4. ***Abilitatea de a crea şi a iubi, a poseda sensul propriei identităţi, a domina realitatea propriului eu,*** *cât şi pe cea a* ***mediului*** (Fromm);

5. Normalitatea **funcţională** este atributul integrităţii organismului, al adaptării homeostazice al acestuia la mediu (Haynal, 1989).

Perspectiva funcţională (Offer, Sabshin, 1966) poate fi exprimată prin:

• normalitatea ca **sănătate**,

• normalitatea ca **utopie**,

• normalitatea ca **medie**,

• normalitatea ca **proces**.

Definiţiile funcţionale ale normalităţii sunt operaţionale pentru evaluarea unei persoane.

Alte definiţii ale normalităţii:

Normalitate – capacitatea de ajustare la lumea înconjurătoare şi la ceilalţi, cu maximum de eficienţă, satisfacţie şi fericire, prin acceptarea regulilor jocului, prin atitudine şi dispoziţie calmă, inteligenţă alertă, comportament socialmente acceptabil (Menninger, 1956).

Normalitate – o *persoană liberă de simptome, conflicte psihice, demonstrând capacitate de muncă şi care este capabilă să-i iubească şi pe alţii în afară de sine* (Glover);

Sănătate mintală – *este o noţiune mai restrînsă decît normalitatea* (Klineberg);

Normalitate – *capacitatea de a fi flexibil, de a te schimba în conformitate cu circumstanţele interioare şi exterioare, de a învăţa din experienţă şi de a fi influenţat de argumente şi cerinţe rezonabile* (Kubie).

Normalitatea ca **sănătate:**

În abordarea medicală tradiţională, medicina defineşte patologicul (porţiunea minoritară), normalitatea (care este cea

majoritară). Această abordare oferă avantajul metodologic al obiectivității, pentru că patologicul este mai uşor definibil decât starea de sănătate/ normalitate.

Normalitatea ca **medie statistică:**

Chiar în ipostaza de expert, psihiatrul nu pune diagnosticul de *normalitate*, ci pe cel de absență a bolii, chiar cu anumite rezerve. Nu poți fi normal cu un QI mic, dar nici neapărat genial cu un QI foarte mare. Normalitatea statistică este influențată de criterii valorice/ sociale (Canguilhem, 1943) deoarece curba Gauss e un *continuum* (dimensional), iar idealizarea normei statistice este limitată.

Normalitatea ca **proces:**

Abordează normalitatea ca interacțiune sistemică, consecință a faptului că personalitatea progresează în timp. Creşterea progresivă a capacității de adaptare a individului se exprimă prin faptul că individul interacționează în timp cu mediul social şi cultural în care se dezvoltă.

Teoria vulnerabilitate-stres, sau cea a dezvoltării socio-educaționale şi familiale → viziune sistemic-integratoare asupra bolii şi non-bolii psihice – Normalitatea.

NORME ŞI VALORI, NORME *VS* VALORI

Normativitatea – suma condițiilor (inclusiv socio-culturale) care asigură libertatea unui individ de a exista în normalitate. Nu poate fi cuantificată, ea neavând o limită superioară, ci doar una inferioară (Ey, 1976), statistic definibilă prin QI, deoarece condiția individuală cea mai generală a libertății de a fi normal este prezumția unei inteligențe acceptabile. Exemplu: stările marginale (homosexualitatea, *hippie*...). „Inteligența, ca orice altă trăsătură, nu este decât interiorizarea unei priviri normative" (Beauvois, 1982).

TERMINOLOGIE „DEVELOPMENTALĂ" (TEORIA DEZVOLTĂRII)

Maturație – „ficțiune convenabilă" cu implicații teleologice referitoare la direcția spre care individul se dezvoltă conform abilităților, structurilor, funcțiilor şi competențelor sale, aşa cum este definită genetic maturitatea speciei.

Dezvoltarea – potențialul maturațional + variațiile sociale, de mediu. Comportamentul nu este rigid, ci modificabil, ca și paradigmele gândirii în decursul evoluției temporale.

Diferențiere *vs* integrare: fiecare linie de dezvoltare (biologică, cognitivă, emoțională, socială, morală) se poate matura independent.

Diferențierea – integrarea sunt și consecințe ale influențelor sociale → dimensiunea psihologică a percepției ambianței (selecția uman vs non-uman, mamă vs străin, capacitatea de a asocia/ diferiențierea experiențelor bune vs rele).

Reorganizare ierarhică: fiecare stadiu/ nouă structură presupune funcții și adaptări care nu sunt neapărat predictibile prin stadiile precursoare și determină reorganizare ierarhică. Datorită reorganizării ierarhice, stadiile noi de competențe și comportamentul sunt *autocreate* de individul (copilul) în dezvoltare.

Dezvoltarea biologică: *pattern*-ul de temperament se conturează în cursul celui de-al II-lea an. În perioada preșcolară rețelele neuronale se dezvoltă odată cu stimularea educațională. La 7-10 ani continuă integrarea senzorială, iar lateralizarea se stabilește definitiv. La adolescență, dimensiunea creierului este deplină, mielinizarea continuă pînă în decada a IV-a, capacitatea mnezică scade în decada a V-a, dar capacitatea integrativă atinge apogeul.

Dezvoltarea cognitivă: oferă o perspectivă asupra evoluției capacității de gândire.

Teoria stadială a dezvoltării cognitive după Piaget (1969) recunoaște următoarele stadii:

• stadiul **senzoriomotor** (dezvoltarea olfactivă, auditivă, senzorială în general, recunoașterea feței materne) – cca 3 ani;

• stadiul **preoperațional** (atribuie cauzalitatea exclusiv pe juxtapuneri vizuale, spațiale, pe gândire magică, fantazare) – până la cca 6 ani;

• stadiul **gândirii concrete** (poate aprecia volumul, cantitatea, remarcă reversibilitatea evenimentelor, ideilor, trece de la egocentrism spre perspectiva celorlați, integrează informațiile curriculei școlare) – până la vârsta de cca 12 ani;

• stadiul **gândirii formale** (idei, concepte, fondul informațional crește rapid, servește ca referință pentru noile date asimilate) – adolescență.

Persoana este un „locus interpersonal”, un concept socio-psihologic cu sens valoric, de maximă integrare psiho-socială, adică personalitatea aflată în rețeaua de relații interpersonale care se dezvoltă într-un context socio-cultural.

Persoana este o noțiune-umbrelă peste identitatea sinelui (conștiința de sine) cu 3 niveluri (sine corporal, sine nuclear-situațional, sine biografic meta-reprezentațional) (Lăzărescu, 2011).

EVALUAREA NORMALITĂȚII *VS* ANORMALITĂȚII PSIHOPATOLOGICE

Această evaluare presupune o „situație psihică standard” (Lăzărescu, 2012) care să permită receptarea și ierarhizarea informațiilor privitoare la orientarea spațio-temporală în raport cu sine și cu semnificația problemei ori a situației în care se află individul evaluat.

Evaluarea normalității este examinarea stării prezente (*Present state evaluation* – PSE) care permite „decuparea și înțelegerea celei mai semnificative probleme în acel moment” (id.) pentru subiectul aflat în procesul evaluării. Se evaluează motivația, semnificațiile informațiilor în vederea luării unei decizii diagnostice orientative și formulării finale în raportul de expertiză medico-legală psihiatrică.

În psihiatrie, nivelul cel mai bine structurat este cel de sindrom, descris tradițional în trei circumstanțe etiopatogenice:

• reactiv (exogen),
• endogen,
• organic (simptomatic).

Conceptul de endogenie este vetust. Curentul „neokraepelinian” (promulgat de edițiile de după 1980 ale DSM ale Asociației Americane de Psihiatrie) îl înlocuiesc cu teoria vulnerabilității genetice, ipoteze biologice, teoria vulnerabilitate – stres (Zubin, 1977).

Boala este considerată un proces dinamic desfășurat în timp și care determină leziuni morfo-funcționale.

Determinismul bio-psiho-social → tulburare psihică, cu urmări posibile (dizabilități, handicap primar, secundar) → reducerea adaptabilității vocaționale, sociale și a îndeplinirii rolurilor sociale (cetățean, părinte, angajat etc.) → handicapuri sociale (deficiențe de integrare socială – OMS, 1977), consecință a diminuării Capacităților Psihice Specifice (competențelor respective).

SĂNĂTATE MINTALĂ *VS* TULBURARE PSIHICĂ

Dan Prelipceanu

ISTORIC

În secolul XIX **sănătatea mintală** (SM) era legată de moralitate şi conformare religioasă. „Nebunia" era, prin comparaţie şi în consecinţă, „nebunie morală" (*moral insanity*). Secolul XX aduce în prim-plan discipline şi abordări ştiinţifice noi, cum ar fi antropologia culturală, psihanaliza, behaviorismul sau biologia moleculară. Alături de acestea, promovarea secularismului a favorizat apariţia de noi abordări raţionale derivate din teoriile dezvoltării individului şi empirism. Apar astfel modele sociomedicale (A. Meyer în SUA), sociologice, bio-neurologice şi culturale.

Definiţiile sănătăţii mintale sunt relative.

Antropologia culturală utilizează elemente de natură socio-culturală, cu conotaţii valorice. Astfel, competitivitatea, punctualitatea, scrupulozitatea sunt normale în Japonia, America de Nord, dar par dizarmonii/ tulburări de personalitate în America de Sud, România, zona Balcanică (de unde conceptul de „contaminare prin valori"). Perspectivele definitorii ale sănătăţii mintale par uneori antagonice: A fi „sănătos mintal" pentru sine sau pentru societate? A fi valoros pentru societate datorită spiritului de competiţie? A fi ca ceilalţi? sau A fi fericit în pofida lor? Bunul simţ comun, respectul pentru condiţia somatică, un set bazal de comportamente cuviincioase sunt general umane şi transgresează particularităţile culturale.

Sănătatea mintală este circumscrisă de limitele drepturilor cetăţeneşti, ale drepturilor fundamentale ale omului şi subscrie libertatea individuală. Cine este îndreptăţit să te judece din punctul de vedere al sănătăţii mintale? Sănătatea fizică este mult mai uşor definibilă, în termenii funcţionării corpului la parametri ideali, ai capacităţii specifice vârstei şi, nu în ultimul rând, al rolului social şi al propriei subiectivităţi.

Sănătatea mintală individuală este starea subiectivă de bine, rezultat al unei dezvoltări armonioase/ optime, cognitive și emoționale care îl face pe individ compatibil cu semenii săi (Klineberg). Premizele sănătății mintale sunt capacitatea de percepere și cunoaștere a realității, capacitatea de a lua decizii și de a le implementa în acțiuni, autoexprimarea prin limbajul verbal/ nonverbal, capacitatea de a răspunde la mesajele altora (Ruesch).

Definițiile pot fi înlocuite de ***modele de sănătate mintală.***

Sănătatea mintală (înglobează normalitatea) este o normalitate subînțeleasă cu o componentă adițională (capacitatea de a lucra folositor și de a iubi – Freud). Din perspectiva dezvoltării, **„sănătatea mintală" = maturitatea.**

Alte modele posibile ale sănătății mintale includ: inteligența emoțională; relațiile obiectuale firești, fericite; stare subiectivă de bine; reziliența și capacitate de adaptare sau homeostazia. Aceste modele sunt echivalente.

Reziliența este elasticitatea adaptativă care permite revenirea la starea inițială după parcurgerea unei experiențe traumatizante. Permite funcționarea normală în ciuda stresului sau experiențelor extrem de periculoase (comparată uneori cu sistemul imunitar).

Sănătatea mintală ca normalitate este reprezentată de starea de normalitate individuală cu o componentă adițională (ex.: sănătatea unui cosmonaut trebuie să fie o normalitate la parametri psihologici maximi). Un individ poate fi considerat normal, dar imperfect din punctul de vedere al sănătății mintale, cu mici trăsături accentuate, cum ar fi: anxios subclinic, „personalitate accentuată" în cazul unui individ altfel eficient în rezolvarea problemelor și în perceperea realității.

Alte modele ale sănătății mintale înglobează trăsături diverse:

- Rezistența la stres;
- Aptitudinea de a controla ambianța;
- Capacitatea de auto-actualizare;
- Orientarea adecvată spre viitor;
- Autonomia;
- Identificarea corectă a nevoilor în concordanță cu identitatea și sentimentele proprii.

GAFS (*Global Assessment Functioning Scale* promovată de axa IV a DSM IV TR) sugerează o stadializare a SĂNĂTATĂȚII MINTALE din perspectiva funcționării adaptative. Scor GAFS 95-100 indică lipsa de simptome, funcționare superioară într-un set larg de activități, individul are control permanent asupra problemelor vieții, este apreciat de ceilalți pentru căldura și integritatea sa. DSM IV a validat abordarea metrică a sănătății mintale pentru extrema superioară ca nivel „peste medie" (Vaillant, 2009).

Sănătatea mintală ca maturitate: se atinge la vârsta adultă extremă, maturizarea fiind un proces continuu de-a lungul deceniilor. Laura Carstensen arată că studii prospective au dovedit că la 70 de ani indivizii pot fi mai puțin depresivi și mai modulați emoțional decât erau la 30 ani. Menninger ia în considerare maturitatea ca opus al narcisismului. Maturizarea este pentru Menninger echivalentul unui progres de la identitatea *ego*-ului către socializarea deplină:

Identitate → intimitate → consolidarea carierei → generativitate → păstrător al sensului (*keeper of meaning*) → INTEGRITATE.

Generativitatea reprezintă capacitatea de fi preocupat și de a ghida generația viitoare. La 35-55 ani nevoia de auto-realizare intră în declin, dar crește nevoia de afiliere și comunitate. Adultul devine *coach*, ghid, formator, mentor pentru tineri și întreaga societate, după cultura și oportunitățile oferite, mai mult decât un părinte pentru copii săi. În stadiul generativității, selful, deja maturizat în cele 3 stadii anterioare, face loc generozității menite a compensa pierderile care se apropie odată cu vârsta a III-a, când este important să ai recunoaștere și de la alții, în afara celor foarte apropiați. Astfel se asigură trecerea tradițiilor dinspre trecut spre viitor *(Keeper of meaning)*.

Evoluția stadială poate fi deturnată de evenimente majore, istorice, naturale. Nu este un parcurs obligatoriu, deoarece un individ poate fi matur la 20, dar imatur la 50 ani.

Relevanța clinică a acestor modele stadiale se regăsește în următoarele întrebări:

1. Care este identitatea fundamentală a individului evaluat?
2. Unde a eșuat dezvoltarea lui stadială?
3. Cum se raportează la copiii lui, la generațiile mai tinere?

4. A avut resurse pentru întemeierea unei familii în stadiul de consolidare a carierei?

5. Este generativitatea reală un factor protectiv față de stresul adaptării, sau față de boala psihică?

La adolescenți, întrebările care apar sunt:

1. Ce sarcini normative stadiale au rezolvat la diferite vârste?

2. Ce ne spune comparația cu cei de vârsta adolescentului analizat?

3. Stăpânește relația de intimitate cu cei de vârsta lui? (Obiectivul acesta este valabil și pentru adultul tânăr).

Alte modele ale sănătății mintale

Kohlberg descrie un model al dezvoltării morale la adult iar Fowler un model al dezvoltării spirituale.

Sănătatea mintală spirituală este un amalgam de emoții pozitive care leagă între ele ființele umane (dragostea, speranța, bucuria, iertarea, compasiunea, smerenia, venerația, credința, gratitudinea). Toate aceste modele subînțeleg un lucru în comun, și anume: cu cât maturitatea este mai desăvârșită, cu atât sănătatea mintală este mai probabilă.

Sănătatea mintală ca emoționalitate pozitivă și „spirituală" presupune inclusiv interrelații biologice pentru că emoțiile pozitive sunt codate genetic. Mamiferele au capacitatea înnăscută prosocială de iubire parentală non-egoistă cu sediul în sistemul limbic (hamsterul pierde sentimentele parentale după rezecția limbică). Emoțiile pozitive sunt emoții ale conexiunii umane, prosociale, non-egoiste sunt cele care flexibilizează gândirea (în special bucuria), stimulează creativitatea, sunt eficiente și integrative. Există și emoții pozitive egoiste, non-prosociale de tipul: interesul, excitarea, fericirea, satisfacția, mulțumirea sufletească, umorul, sentimentul desăvârșirii/perfecțiunii sau cunoașterii perfecte. Emoțiile negative au sediu hipotalamic și la nivelul amigdalei, aceasta din urmă mai bine dezvoltată la om decât la mamiferele inferioare. Frica, furia, agresivitatea, violența (doar în cazul speciei umane) duc la stimularea sistemului nervos simpatic, cu răspuns de tip *luptă* sau *fugă*. Sunt limitate la *self*, importante pentru supraviețuire, îngustează conștiința și atenția, până la falsificarea ierarhizării percepțiilor. Emoțiile pozitive scad însă metabolismul prin intermediul sistemului nervos

parasimpatic, conduc la normalizarea tensiunii arteriale, frecvenței cardiace şi respiratorii, precum şi a tensiunii musculare. Se citează astfel faptul că la practicanții Kundalini (yoga) meditația creşte activitatea hipocampusului și amigdalei laterale drepte (evidențiate prin RMN funcțional, fRMN), cu stimularea parasimpaticului și cu senzația de liniște profundă. Emoțiile pozitive au evoluat prin selecție naturală, adaptativă de la primii *Homo sapiens* (probabil în urmă cu 1-2 milioane de ani) şi sunt generate de mecanismele neuronale ale sistemului limbic, având un corolar simptomatic corporal ce poate fi evaluat şi din punct de vedere clinic. Pe de altă parte, cercetările transculturale ale lui M. Mead au arătat că expresiile faciale ale emoțiilor și emoțiile înseле sunt determinate cultural.

Se ştie că gyrusul cingulat anterior și hipocampul mediază ataşamentul; gyrusul cingulat anterior este foarte bogat în neuroni, conexiuni sinaptice, fiind sediul motivației prosociale (dar și *craving*-ului). Acesta este activat de recunoaşterea facială a persoanelor semnificative, fapt dovedit experimental la observația fRMN.

Psihiatria s-a dezvoltat în direcțiile definitorii ale abaterii psihopatologice de la sănătatea mintală individuală şi cea a colectivităților. Vorbim astăzi de o psihiatrie preventivă, clinică, comunitară, biologică, judiciară (forensică), a adicțiilor, de geronto-psihiatrie, psihiatrie transculturală, etnopsihiatrie, psihofarmacologie, psihoterapie.

ABORDARE CONCEPTUALĂ ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ

Gabriela Costea, Vasile Astărăstoae

Psihiatria, disciplină medicală de model „știință medicală socială", este tributară, în esența sa teoretică și explicativă, conceptelor prin care este abordată cunoașterea comportamentului uman. Cu numeroase paticularități teoretice – ceea ce o diferențiază de celelalte discipline medicale –, psihiatria este o disciplină riguroasă, mai ales din perspectivă aplicativă, datorită substratului complex al comportamentului uman. Omul a înțeles, în primul rând prin observarea comportamentului celorlate ființe vii cu care își împărțea teritoriul, încă din copilăria devenirii sale, că fără organizare socială și fără norme de conviețuire nu se poate adapta și nu poate supraviețui ca specie. Primele reguli sociale ale grupului uman de peșteră au ajuns după zeci de milioane de ani coduri de conviețuire care reglementează întreaga societate umană, sub numele generic de „justiție". Psihiatria medico-legală (*forensic psychiatry*) are o caracteristică în plus prin faptul că răspunde unor deziderate ale justiției, respectiv ajută la stabilirea adevărului juridic. Comportamentul uman are un pattern cultural ce diferă de la țară la țară, în funcție de numeroși factori. Acest pattern cultural specific, în dezvoltare istorică, stă la baza diferențelor dintre reglementările juridice ale fiecărei țări, în timp ce comportamentul general uman, corelat cu deziderate social-istorice, a impus reglementări general valabile. Psihiatria medico-legală, cu particularitatea sa de a răspunde întrebărilor justiției se află în interdependență atât cu reglementările specifice fiecărei țări cât și cu reglementări general valabile (reglementări internaționale acceptate/ semnate de o țară sau alta). Astfel, conceptual, față de celelalte discipline medicale și chiar față de psihopatologia clinică, psihiatria medico-legală apare mai

complexă prin interrelaționarea cu mai multe versante ale cunoașterii. Sub aspect aplicativ, psihiatria medico-legală are două versante:

• cel strict medical (terapia pacienților cu periculozitate socială dar care au săvârșit abateri sancționate de legile țării)

• de expertiză – prin care răspunde la necesitățile justiției.

Particularitățile psihiatriei medico-legale impun o abordare conceptuală complexă precum stabilirea unui consens operațional de folosire a termenilor ce definesc diferitele teorii și sintagme. Modelul operațional de stabilire a consensului semantic de raportare conceptuală, cel mai uzitat, este derivat din perspectiva adaptării.

Strict operațional, din perspectiva teoriilor adaptabilității și a prezervării speciei, starea de sănătate umană reprezintă acea stare a omului care îi permite o dezvoltare socială adecvată în acord cu sine și cu ceilalți (în acord cu propriile deziderate cât și cu dezideratele celorlalți), starea de sănătate mintală reprezentând acea stare de bine care permite persoanei să ia decizii adecvate în scopul adaptării sale la propriile cerințe și la cerințele celorlalți (adaptare după Dan Prelipceanu). Pe această linie, boala devine un concept discutabil ce poate fi definit operațional ca fiind o abatere de la starea de sănătate, identificabilă prin modificări ierarhizate ordonat, sub forma simptomelor și sindroamelor. În boala mintală ierarhia simptomatologică/ sindromologică ilustrează modificarea, ruperea unității psihismului necesar adaptării relațiilor persoanei cu lumea. În acest context, psihicul reprezintă ansamblul de trăiri și comportamente ce permite unei persoane să se adapteze modulat la cerințele existențiale iar medicina este știința care ajută la trecerea de la o stare de boală la o stare de sănătate ce permite o existență adecvată și acceptată de către persoană și de către mediul său apartenent.

Psihiatria este o ramură a medicinei care se ocupă cu studiul și tratamentul bolilor psihice. Psihiatria medico-legală este o ramură a medicinei legale care, în plus, prin instrumente teoretice și practice specifice, oferă justiției criteriile medicale necesare soluționării diferitelor cauze prevăzute de legislația în vigoare. În România, domeniul de expertiză al psihiatriei medico-legale este organizat sub administrarea medicinei legale, care la rândul său are o sferă de studiu și preocupări mult mai largă în raport cu alte țări, în sensul că pentru a primi răspunsuri de sorginte medicală, justiția se adresează doar medicinei legale care, din necesitate, și-a dezvoltat numeroase direcții

de studiu. Domeniul de expertiză reprezintă o formă particulară de asistență medicală a persoanelor implicate în situații judiciare, domeniu care folosește o metodologie specifică de constatare și, mai ales, de reconstituire a unei stări de normalitate/ anormalitate psihică la momentul implicării judiciare.

Semantic, **„expertiza"** reprezintă o cercetare științifică cu caracter tehnic, făcută de către un expert, la cererea unui organ de jurisdicție sau de urmărire penală ori a părților (implicate într-o situație judiciară), asupra unor situații sau probleme cu conotații juridice, cercetare ce se finalizează printr-un raport îmtocmit de către un expert. Expertiza medico-legală psihiatrică este un act de concepție analitică, integratoare și sintetică și servește justiției, în demersul său de aflare a adevărului juridic, probat științific.

„Expertul" este o persoană care posedă cunoștințe temeinice într-un anumit domeniu; specialist de mare clasă; persoană competentă într-un anumit domeniu, numită de un organ de stat sau de părțile interesate, pentru a face o expertiză. Expertul trebuie să dețină cunoștințe temeinice de bază precum și cunoștințe tangente. ***Cunoștințele de bază*** sunt reprezentate de psihopatologie (psihiatria este o știință medicală analitică și integratoare), medicină legală (medicina legală este o știință medicală integratoare și sintetică), legislație (codurile – penal și civil –, codurile de procedură – penal și civil –, norme legale), proceduri specifice, noțiuni de jurisprudență. ***Cunoștințele tangente*** necesare sunt incluse în diferite arii aflate în relații de feed-back în arealul științelor antropologice, respectiv a științelor comportamentului: științe medicale (anatomie, histologie, anatomie patologică, fiziologie și fiziopatologie, endocrinologie, neurologie etc.), științe biologice (biologie generală, genetică, biochimie, psihofarmacologie, biofizică), psihologie, pedagogie, defectologie, sociologie, criminologie, criminalistică, științe filozofice, teoriile antropologiei culturale, mijloace moderne de comunicare etc.

Expertiza medico-legală psihiatrică se află în relații dinamice de tip interdisciplinar (cu toate disciplinele medicale, cu psihologia, sociologia, jurisprudența) și în relații interdepartamentale (concluziile putând servi atât sub aspect informativ/practic cât și teoretic) altor departamente decât justiției (ex.: teoria si practica psihiatrico-medico-legală, sistemul sanitar, sisteme de invățământ și educație etc.). În fiecare țară, reglementarea expertizării medico-legale

psihiatrice este prevăzută prin lege și este pendinte de organizarea judiciară.

Expertizele medico-legale psihiatrice (emlp) se pot clasifica astfel:

1. După tip de cauze: expertize în cauze penale, în cauze civile, în alte cauze care sunt prevăzute prin normative (ex. în problematica legată de traumatologia cranio-cerebrală);

2. După modul de rezolvare a cazului: expertize pe persoane, expertize pe baza de acte (doar la persoane decedate);

3. După obiective: expertize pentru stabilirea capacității psihice (discernământului/ competenței) la un moment anterior expertizării, expertize pentru stabilirea capacității psihice la momentul expertizării cu predicție pentru viitor (ex. Interdicție); expertize pentru înlocuirea/ ridicarea măsurilor de siguranță medicală etc.;

4. Examinări psihiatrice în cadrul altor lucrări medico-legale: de ex. în comisia de amânare/ întrerupere a pedepsei pe motive de boală, în cadrul lucrărilor medico-legale traumatologice, în cadrul altor lucrări medico-legale (de regulă, cu caracter victimologic);

5. Analize psihopatologice la caz.

O expertiză este finalizată prin raportul de expertiză medico-legală psihiatrică, raport ale cărui concluzii reprezintă răspunsuri argumentate științific, inter- și multidisciplinar.

În concluzie, fundamentarea teoretică a activității de expertiză medico-legală psihiatrică este pendinte atât de teoriile generale ale cunoașterii, cât și de cele specifice domeniului medical și juridic.

ABORDAREA LOGICĂ

1. Particularitățile logice ale expertizei medico-legale psihiatrice

Având în vedere particularitățile expertizei medico-legale psihiatrice, raportul este finalizat printr-o argumentare a concluziilor, apelându-se la mai mulți arbori decizionali decât la cei folosiți în stabilirea diagnosticului pozitiv.

Se impune astfel o organizare logică a materialului avut la dispoziție și stăpânirea proprietăților termenilor, cu atât mai mult cu cât finalul raportului trebuie să convingă alți specialiști decât cei din domeniul medical.

Logica este știința demonstrației, stabilind condițiile corectitudinii gândirii. Logica generală, clasică, formală, de sorginte aristotelică, studiază formele logice fundamentale (noțiunea, judecata clinică, raționamentul).

În realizarea expertizei medico-legale psihiatrice, noțiunile reprezintă cunoștințele noastre sintetizate, judecata este de model clinic, iar raționamentul este specific medico-legal psihiatric. Specificitatea raționamentului în realizarea unei expertize medico-legale psihiatrice pornește de la faptul că aceasta vizează practic un comportament, un moment existențial al persoanei, membră a unei colectivități. Unul dintre temeiurile existenței umane, individuale și colective este *ordinea logică*. În demersul nostru științific de reconstituire a unui status psihic, folosim o *structurare logic posibilă*, adică *rațiunea disruptivă*.

Reconstituirea statusului psihiatric implică, cum am subliniat mai sus, folosirea mai multor arbori decizionali, aparent diferiți dar care se relaționează în contextul sistemului existenței umane. Prezervarea existenței umane se datorează unei organizări logice pendinte de rațiunea disruptivă, ordinea logică și *inventivitatea logică* (gândirea sterilă este nefolositoare cu sau fără logică). Din această perspectivă, logica este un instrument al adaptării modulate la mediu. În același timp, logica reprezintă atât baza comunicării dintre oameni, cât și forma pe care o ia comunicarea în vederea rezolvării problemelor al căror rezultat va deveni un bun colectiv transmisibil. *Transmisia rezultatelor (a informațiilor), în sensul traductibiltății lor, implică structuri logice comune*.

În expertizarea medico-legală psihiatrică se folosește analiza științifică pe modelul organizării logice a informațiilor (ordinea logică – rațiunea disruptivă) și inventivitatea logică (modelele teoretice folosite). Stabilirea concluziilor argumentate științific necesită uzitarea unor structuri logice comune, traductibile și transmisibile pentru a deveni un bun comun util stabilirii adevărului juridic. Specificul psihiatriei medico-legale impune uzitarea unor structuri logice comune aflate în interrelație de tip sistemic și de tip feed-back precum: logica medicală (logica stabilirii diagnosticului pozitiv, arborele decizional al încadrării nosologice etc.), logica comportamentului adaptativ din perspectiva consecințelor social-negative și/ sau a consecințelor social-juridice.

Expertiza medico-legală psihiatrică are mai multe versante de analiză logică:

• demersul analizei logice a tuturor informațiilor avute la dispoziție de către expert,

• sistematizarea logică a informațiilor în raport cu problema (obiectivul) de rezolvat,

• argumentarea logică a concluziilor și transmisia informațiilor.

Problema de rezolvat vizează capacitatea psihică a persoanei la momentul T1 (momentul la care se referă solicitarea), de regulă anterior momentului T2 (momentul examinării). Rezultatul rezolvării se traduce prin demers structurat și ordonat logic și devine concluzie cu valoare de bun colectiv. Prin alt demers logic, bunul colectiv al expertului se amplifică, devenind, după transmisie, prin decizia instanței, un alt bun colectiv.

Demersul logic al expertizei medico-legale psihiatrice pornește de la informație. Valoarea unei informații constă în consecințele pe care le putem trage logic din aceasta și nu în observația ca atare. Informațiile pot fi clasificate, în funcție de patternul lor, în informații organizabile conform logicii naturale (ereditare) sau a logicii spontane (rezultată din experiența omului care este obligat să acționeze în condiții date după o ordine oarecare). Informația nu reprezintă elementul primar deoarece este, la rândul său, expresia observației și a experimentului repetat. Observația și experimentul repetat conduc la o generalizare susceptibilă de a fi etichetată ca informație.

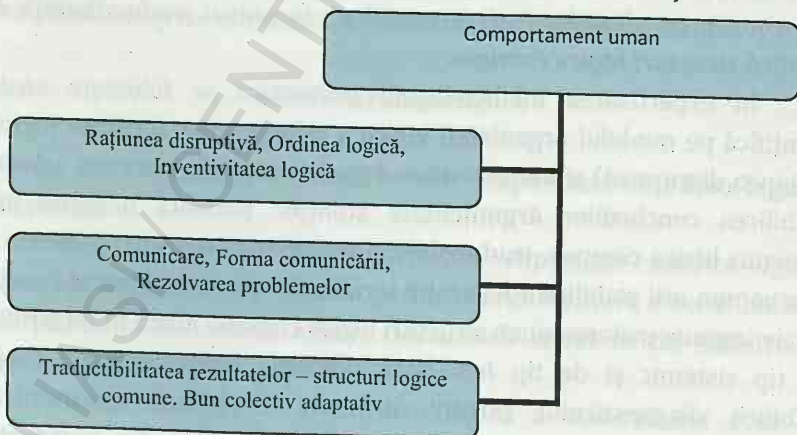


Figura nr. 1 – Comportamentul uman – perspectivă logică

De exemplu, propoziția *„în mod premeditat a luat cuțitul și a înjunghiat..."*, propoziție întâlnită frecvent în conținutul ordonanțelor prin care se dispune expertiza, reprezintă rezultatul/ generalizarea observațiilor/ experimentelor repetate ale anchetatorului. Expertul o consideră ca informație ce nu este neapărat exactă, deoarece există două aspecte de care ține seama (rezultate din observația și experimentul repetat clinic), și anume: o premeditare poate fi aparentă (constatându-se că a fost un act intempestiv), sau premeditarea este expresia unei gândiri patologice. De aceea expertul are nevoie de observații/ informații în plus, pentru a deosebi, în baza logicii clinice, premeditarea reală (ce ar conduce la aprecierea capacității psihice/ discernământului la momentul respectiv și în raport cu fapta, ca fiind integre) de anormalitatea psihică a pacientului. Rezultă că fiecare domeniu are logica sa internă, de unde clasificarea științelor ca exacte și inexacte. Dar linia de demarcație dintre științele exacte și științele inexacte nu este imuabilă, situație care impune uzitarea logicii conceptelor nuanțate, în sensul că nu se poate cere unui domeniu mai multă exactitate decât poate oferi natura domeniului.

Psihiatria și mai ales psihiatria medico-legală aparțin atât științelor așa-zis exacte, cât și celor așa-zis inexacte. Analiza, după conceptul logicii nuanțate, impune folosirea corectă a unor delimitări ale conceptelor, deoarece utilizarea rudimentară a definițiilor, clasificărilor, generalizărilor și demonstrațiilor nu pot crea abilități logice adecvate.

În demersul expertal nu este necesară obținerea unei soluții perfecte rezultată direct din analiza logică. Este suficient a se obține o diminuare a erorilor logice, adică o diminuare a procesului de iraționalizare. Pentru diminuarea procesului de iraționalizare nu se exclude intuiția (care este tributară cunoștințelor și experienței). De asemenea, se impune traducerea principiilor logice în capacitatea de analiză logică, posibilă prin exerciții repetate (care dezvoltă intuirea structurilor logice și nu o simplă memorare a operațiilor elementare de control logic, acesta fiind unul dintre motivele pentru care se apreciază că un expert în psihiatria medico-legală deține o experiență clinică, dar și o experiență de ani de zile în acest tip de activitate).

În concluzie, expertiza medico-legală psihiatrică reprezintă un demers logic de rezolvare a unei probleme medicale (de răspuns la un obiectiv bine precizat) care conduce la o concluzie logică bazată pe o argumentație logică, concluzie traductibilă și transmisibilă ce poate

conduce la alegerea unei soluţii logic posibile de către specialiştii din domeniul ştiinţelor juridice.

Concluziile unui raport de expertiză medico-legală psihiatrică nu au forţa unei legi, dar constituie cea mai bună alegere raţională în rezolvarea problemei (obiectiv) pusă de către instituţia care a dispus expertiza.

Expertiza medico-legală psihiatrică foloseşte noţiuni şi sintagme asimilate din psihopatologia clinică (tabelul nr. 1) precum şi noţiuni specifice (tabelul nr. 2).

TABEL nr. 1 – Principalele noţiuni asimilate din psihopatologia generală

SFERA NOŢIUNILOR	NOŢIUNI
Relaţia comportament – status psihiatric	normalitate/ sănătate mintală; vulnerabilitate, impasuri existenţiale; anormalitate/ boală psihică; risc de comportament violent;
Diagnostic psihiatric	diagnostic diferenţial; diagnostic posibil; diagnostic prezumtiv; diagnostic pozitiv; sindrom; diagnostic de episod; diagnostic de stare; diagnostic de viaţă;
Modele evolutive	Episod – spaţiu interepisodic – remisiune; primul episod – remisiune – alte episoade – remisiuni interepisodice; remisiune stabilă; evoluţie progredientă;
Analize exhaustive	Analize de trend pentru tabloul psihopatologic la Tx (timpul precizat de către instituţia care a solicitat expertiza)

TABEL nr. 2 – Principalele noţiuni specifice

SFERA NOŢIUNILOR	NOŢIUNI
Relaţii generale	Implicaţii judiciare – sănătate psihică – boală psihică – adevăr juridic; Discernământ – periculozitate socială – măsuri de siguranţă cu caracter medical; Incompetenţă psihică – adevăr juridic; Incompetenţă psihică – interdicţie etc.
Sintagme concordante cu jurisprudenţa românească	Capacitate psihică/ discernământ/ competenţă psihică; Măsuri de siguranţă cu caracter medical; Riscuri de reiterare a comportamentului violent; Reconstituirea statusului psihiatric la momentul implicaţiei judiciare

Reconstituirea statusului psihiatric la momentul implicației judiciare	Comportament antefaptic; mod de comitere a faptei; comportament post faptic; motiv; motivație; mobil; atitudine față de faptă;
Analize exhaustive	Analize psihopatologice exhaustive, la caz și tematice;

Dintre exemplele menționate punctăm: elementele constitutive ale faptei (comportament antefaptic, mod de comitere a faptei, comportament post faptic, motiv, motivație, mobil, atitudine față de faptă) ne oferă informații ce pot desena statusul psihic al persoanei la momentul T1 (momentul precizat de către instituția care a solicitat expertiza ca fiind momentul implicării judiciare) și ne pot orienta, după modele logice preformate sau realizate în funcție de o multitudine de factori (teoria conceptelor logicii nuanțate), spre o primă apreciere a capacității psihice a persoanei.

Teoria psihiatrico-medico-legală românească delimitează motivul de motivație și de mobil (Virgil Tiberiu Dragomirescu, Aurel Romilă, Ion Vianu, octavian Hanganu – 1986) în sensul că:

- mobilul înseamnă scopul/ obiectivul unei acțiuni;
- motivația reprezintă ansamblul de motive ce declanșează condițiile interne sau externe necesare împingerii spre acțiune;
- motivul – unitatea ce acționează din lăuntrul organismului, imboldul, impulsul.

Această delimitare este în acord cu modelul teoretic al motivației, considerată din perspectivă antropologică.

Orice model logic operează și cu noțiuni cu caracter axiomatic (rezultat din observații și experiențe repetitive îndelungate acordate la concepte specifice valabile într-o perioadă socio-istorică bine delimitată). Astfel, în acord cu jurisprudența românească, expertiza medico-legală psihiatrică nu rezolvă problema/obiectivul binomic responsabilitate – iresponsabilitate, aceștia fiind termeni juridici (spre deosebire de alte țări – ex. Italia).

În România, expertiza medico-legală psihiatrică are rolul de a oferi, prin intermediul aprecierii capacității psihice/ discernă-mântului/ competenței psihice, criterii medicale de stabilire a responsabilității/ iresponsabilității, de rezolvare adecvată a cauzelor prin accedare științifică la adevărul juridic. Capacitatea psihică/

discernământul/ competența psihică sunt prezumate, demonstrația logică vizând capacitatea psihică scăzută/ incapacitatea psihică, absența/ diminuarea discernământului, incompetența psihică.

În argumentarea logică a concluziilor se pornește de la acest postulat cu substrat biologic și etic precum și de la axiomele rezultate din corelarea relației menționate cu cele rezultate din experiența clinică (tabelul nr. 3).

TABEL nr. 3 – Axiomele psihiatriei medico-legale (în acord cu jurisprudența românească)

NOȚIUNEA RELAȚIONATĂ	MODUL DE RELAȚIONARE
Capacitate psihică păstrată (prezumată)	Discernământ păstrat, competență psihică păstrată (prezumată)
Capacitate psihică diminuată (trebuie demonstrată)	Discernământ diminuat, incompetență psihică (trebuie demonstrată)
Capacitate psihică absentă (trebuie demonstrată)	Discernământ absent, incompetență psihică (trebuie demonstrată)
Starea de luciditate prezentă	Este o condiție obligatorie în argumentarea capacității psihice păstrate dar nu suficientă
Orientarea temporo-spațială, auto și allopsihică prezentă	Este o condiție obligatorie în argumentarea capacității psihice păstrate dar nu suficientă

2. Necesitatea utilizării logicii

2.1. Ce trebuie să știe un expert

- Cum să definească propozițiile;
- Cum să formuleze exact propozițiile;
- Cum să pună corect întrebările necesare;
- Cum să sistematizeze cunoștințele;
- Cum să simbolizeze și cum să formalizeze;
- Cum să formuleze ipoteze și propuneri de lucru;
- Cum să clasifice informațiile;
- Cum să generalizeze;
- Cum să argumenteze și cum să combată.

2.2. Formularea propozițiilor

Categoriile gramaticale reprezintă, din punct de vedere logic, expresia spațio-temporală și acțională a categoriilor logicii. Din acest punct de vedere „eu, tu, el – noi, voi, ei" reprezintă individul/ indivizii și nu au conotații logice. Logice sunt necesitățile practice prin raportarea a doi indivizi la un al treilea. De la caz la caz, „eu" poate fi

agresatul, păgubitul, grupul social etc., „tu" poate fi victima, manipulantul, grupul social etc. „el" poate fi grupul prejudiciat, grupul aderent la norme, victime colaterale etc. Poate fi și invers. *Noi trebuie să identificăm calitatea lui „eu", „tu", „el" într-o relație dată (rezultată din informațiile noastre).* Timpul și raportarea unuia la celalalt constituie coordonate de bază ale variației categoriilor logicii. Pronumele, în structuri logice, indică poziția indivizilor în relația socială. Locul indivizilor poate fi schimbat.

Fiecare limbaj are mijloace specifice de a exprima variațiile categoriilor logice în funcție de timp, raport și spațiu și formează fondul comun logic, ontologic și practic care stă la baza traductibilității.

Psihiatria și medicina legală au un limbaj medical; științele juridice au un limbaj specific; psihologia are un limbaj propriu. Psihiatria medico-legală are un limbaj complex, eclectic medical, psihologic, sociologic și chiar cu modulări juridice.

În exemplul de mai jos, din varii motive, conform primului stadiu de corespondență/ comunicare nu putem forma fondul comun „logic, ontologic, practic" care stă la baza traductibilității, deoarece nu există consens între „necesar și non-necesar".

Raportul de expertiză medico-legală psihiatrică, mai ales concluziile și argumentarea (discuția cazului) trebuie supuse traductibilității logice, pentru a fi înțelese de către persoane care înțeleg limbajul comun.

PREZENTARE CAZ:

1. Răspuns al instanței la o adresă a comisiei

1.1. Categoriile gramaticale: Instanța dispune expertizarea, deci are calitatea de „eu"; Interlocutorul Instanței este expertul, deci are calitatea de „tu"; Persoana pentru care se solicită expertizarea are calitatea de „el"; („Eu" instanță, cer ție = „tu" expertizarea lui X = „el");

1. 2. Conținutul adresei: „... vă rugăm să efectuați expertiza dispusă...... în baza actelor medicale de la filele x,x,x,x; ... vă înaintăm copii după raportul anterior, rechizitoriu, încheierea de ședintă din data de..., declarația susnumitului...... în ceea ce privește solicitarea dvs. ... vă comunicăm că ***la dosarul cauzei nu avem alte documente medicale***

***ci doar copii după declarațiile martorilor, expertiza dactiloscopică**... dosarul cauzei nu este necesar..."*

*2. Din conținutul încheierii de Ședință prin care s-a dispus expertiza: „... **procurorul a prezentat referatul de evaluare psihosocială**... „*

3. Comentariu

3.1. Episoade anterioare: TIMPUL I: Instanța a dispus expertizarea unei persoane, judecată pentru o faptă penală, înaintându-ne câteva fotocopii după acte medicale (fără valoare clară de referință, nefiind acte medicale primare); TIMPUL II: Comisia solicită, prin adresă standard – explicativă însoțită de scrisoare metodologică, informațiile necesare reconstituirii statusului psihiatric la momentul comiterii faptei penale (moment anterior examinării = T1) și, implicit, stabilirii capacității psihice/ discernământului la T1, în raport cu fapta. Relația „EU" – „TU" este limpede: „eu" – instanță dispun lui „tu" – expert; „tu" solicită lui „eu" informațiile logic – necesare (conforme cu teoria psihiatrico-medico-legală – general valabilă – cât și cu prevederile legale românești);

3.2. EU – instanță nu sunt de acord cu solicitările tale – TU (este dreptul instanței!?!) dar totuși „aleg" ceea ce cred că este necesar lui „tu" deși nu are calitatea de expert în reconstituirea unui status psihiatric și în stabilirea capacității psihice/ discernământului.

3.3. Dacă ar fi rămas doar la refuz, expertul ar fi luat în considerare doar răspunsul (cu deficit de logică internă a domeniului expertizei), dar „eu" – instanța își argumentează poziția prin deficit de logică internă a ambelor domenii (medical și juridic) și prin deficit de logică generală: prin consens internațional, menționat și în DEX, termenul de expertiză are o definiție clară ce nu concordă cu dispoziția de a efectua expertiza în baza unor file alese, de către un nespecialist din domeniul la care „eu" a apelat, stabilind că altceva decât ce a hotărât „eu", nu este necesar (adică „tu" ai solicitat ceva despre care „eu" spun că nu este necesar).

3.4. Din conținutul încheierii de ședință (înscris considerat ca fiind necesar) rezultă că mai avea un document pe care nu-l enumeră (în propoziția în care explică ce conține dosarul ne-necesar expertului) și anume raportul de evaluare psihosocială. Deficitul de logică internă nuanțată este evident (experții au refuzat să ia în considerare reavoința); ar rezulta că „eu" instanța nu știe să încadreze acest document,

care conține totuși și grupul de litere psiho, decât la categoria de nonnecesar unei expertize medico-legale psihiatrice. Mai mult, se contrazice prin ceea ce spune în adresă (enumerând ce mai conține dosarul) cu ceea ce se menționează în actele înaintate.

3.5. Rezultă deficit de formulare a propozițiilor, deficit de logică și disfuncționalitate în comunicarea dintre „eu" și „tu" de unde rezultă posibilitatea ca expertiza solicitată să nu găsească soluția logic posibilă. Mai mult, această rezultantă a corespondenței dintre „eu" și „tu" dă naștere la dileme medicale și etice ce nu servesc scopului de aflare a adevărului juridic.

2.3. Definirea

La nivelul limbajului, ca expresie a gândirii, avem trei moduri de exprimare: conceptual, semiotic şi formal. Din acest punct de vedere definim noţiunea, termenul sau obiectul formal; când definim noţiunea redăm o însuşire; când definim obiectul formal oferim reguli de construcţie; când definim „termen" avem două probleme:

• definiția lexicală nu este conformă semanticii logice sau

• termenul are o sferă mai îngustă decât cuvântul, deoarece termenul este o definiţie şi reprezintă o combinaţie lingvistică despre care putem spune ca desemnează (denumeşte, denotă) ceva.

Definiţiile folosite pentru studiul şi înţelegerea cauzei sunt definiţii nominale, operaţionale sau de relaţie, printr-o determinare caracteristică sau prin indicarea sistemului de relaţie. Criteriile de clasificare a definiţiilor sunt numeroase. În tabelele nr. 4, 5, 6, 7 și 8 redăm câteva moduri de clasificare, uzitabile în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică (adaptare după Gheorghe Enescu, 1980).

În activitatea ştiinţifică (raportul de expertiză medico-legală psihiatrică este o lucrare ştiinifică) nu ne referim doar la termeni ci şi/mai ales, la fenomene.

Sunt două feluri de fenomene: fenomene în care voința si conştiinţa omului sunt parţial antrenate (naţiune, popor, clase sociale, evenimente sociale majore etc.) şi fenomene care depind esenţial de voința şi conştiinţa omului (şcoala, apartenenţa la grup de gang, fenomenul înstrăinării bunurilor de către vârstnici, fenomenul abuzului asupra copilului, vârstnicului, femeii, fenomenul violenţei domestice etc.)

Sunt două tipuri de clasificare a fenomenelor: clasificarea naturală (ordinea existentă care trebuie descoperită, prin observație, cercetare, experiment și mecanisme logice de ordonare) și clasificarea artificială care vizează introducerea unei ordini.

În expertiza medico-legală psihiatrică obiectivele reprezintă expresia unei ordini artificiale a fenomenelor. Expertiza ca atare vizează atât clasificarea naturală a fenomenelor cât și pe cea artificială.

Criteriile de clasificare ale fenomenelor sunt diferite: numite, definite, pendinte de necesități precizate temporal, social, politic, cultural etc. Ierarhizarea este realizată prin mai multe metode (DSM, ICD etc.). Mobilurile unei clasificări ierarhizate a unor fenomene, sau ale stabilirii priorității unei clasificări sau a alteia pot fi științifice, culturale, economice etc. Fiecare dintre experți adoptă acele principii de clasificare considerate a fi în cea mai bună concordanță cu scopul urmărit.

Practic, pentru a efectua o clasificare ierarhizată a fenomenelor avem două tipuri de criterii: criterii care vizează condițiile indivizilor și criterii care vizează scopurile formulate explicit de către indivizi, adică formulăm o alegere a delimitării fenomenelor prin apartenență la condiție și/ sau prin apartenență la decizie (liberă adeziune, constrângere).

TABEL nr. 4 – Clasificarea definițiilor după natura entității definite

TIPUL DEFINIȚIEI	MODUL DE DEFINIRE	OBSERVAȚII
REALĂ	definitul este un concept care se referă la un obiect concret sau abstract – obiectul este dat independent de construcția noastră	Definiția reală are 2 coordonate: „gen proxim" și „diferență specifică". Ex.: „pătratul este un dreptunghi cu toate laturile egale", unde „dreptunghi" reprezintă genul proxim, adică *genul cel mai apropiat* și „toate laturile egale" reprezintă *diferența specifică,* adică acea însușire esențiala care deosebește pătratul de celelalte dreptunghiuri. În logica modernă se precizează că nu avem garanția, în toate cazurile, că dispunem de un gen care este *proxim. Ne putem mulțumi cu un gen apropiat,* fără a fi *cel mai apropiat.*

NOMINALĂ	definitul este un termen	Se referă la acele expresii despre care putem spune că sunt termeni. Limita dintre termeni şi cuvinte, nu este încă suficient precizată. Formula este „termenul „*t*" are semnificaţia s". Forma ei frecventă este: „Vom înţelege prin „*t*" sau „Numim «t»...". **SE PREFERĂ ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ**
FORMALĂ	definitul este un obiect formal care urmează a fi construit iar obiectul este dat independent de construcţia noastră	

TABEL nr. 5 – Clasificarea definiţiilor după natura definitorului

TIPUL DEFINIŢIEI	**MOD DE DEFINIRE**
de esenţă	definiţia dă una sau mai multe caracteristici esenţiale ale entităţii definite
genetică	se indică modul în care entitatea apare prin anumite operaţii
de relaţie	se determină sistemul de relaţii caracteristice entităţii respective
operaţională	se dau metodele practice de identificare a obiectului
predicativă sau nepredicativă	după natura relaţiei dintre entitatea definită şi clasa din care face parte

TABEL nr. 6 – Clasificarea definiţiilor după modul de stabilire a definitorului

prin indicarea obiectului vizat
prin înregistrarea unor determinări caracteristice
prin indicarea sistemului de relaţii din care obiectul face parte (de exemplu, cu ajutorul unui context, al unui sistem de axiome etc.)
prin modele (utilizarea modelării sau a noţiunii de model)
constructive

TABEL nr. 7 – Clasificarea definițiilor după forma logico – lingvistică

simple (printr-o propoziție)
complexe (printr-un sistem de propoziții cognitive sau de reguli)
contextuale (semnificația reiese din contextul utilizat)
explicite (se indică explicit definitorul)
implicite (un sistem de formule, fără a se explicita entitatea)
prin propoziții de abstracte (cu ajutorul relației de echivalență)
prin operatori speciali (ex. i, A, £ etc.)

TABEL nr. 8 – Clasificarea definițiilor după poziția în procesul cunoașterii

stipulative (de introducere a unui termen sau concept nou)
explicative (un concept sau termen este explicat prin altele)
de precizare (se precizează conceptul sau termenul prin clarificări sau extinderi ori restricții)

2.4. Clasificarea termenilor:

Termenii se definesc prin criterii de extensiune. Extensiunea poate fi vidă sau nevidă, singulară sau generală, precisă sau imprecisă, omogenă sau neomogenă. Spre exemplu, în practica de expertiză medico-legală psihiatrică extensia „X" = „persoana expertizată" este o extensie singulară; denumirea „inculpatul" este o extensie imprecisă, „grupul de infractori" este o extensie omogenă, etc. Extensia difuză (ex.: forma) nu este o extensie reală deoarece se raportează la un lucru concret, eveniment, fenomen. Modalitatea de definire a unui termen poate fi concretă sau abstractă, reală sau ideală, statistică sau nestatistică, absolută sau relativă, pozitivă sau complementară, cognitivă sau pragmatică, etc. Noțiunile sunt singulare, generale și categoriale, pozitive și negative, concrete și abstracte, absolute și relative, precise și vagi, etc. Frecvent, definim un termen prin noțiunea corespunzătoare. Exemplul clasic din manualele de logică: *„triunghiul este un poligon cu 3 laturi și 3 unghiuri"*, situație în care triunghiul este și noțiune și termen.

Clasificarea (prin definire) a fenomenelor, în drept și morală este, din punct de vedere logic, vagă și imprecisă deși este „clasă normativă" (*ex.:* pericol social, periculozitate socială, vinovăție, „prevăzut de legea penală"). În realitate, doar aparent aceste noțiuni sunt bine definite deoarece definițiile sunt dependente de contexte social – istorice date, terțul este exclus etc. Folosind logica binară, rezolvarea unei probleme de definire adaptată psihiatriei medico-

legale psihiatrice s-ar face în felul următor: dacă „x" este infractor de grad „I" este infractor; dacă „x" este infractor de grad „0" nu este infractor.

În expertiza medico-legală psihiatrică se lucrează la cazuri cu calități imprecise logic, la care ar trebui să decidem precis (cel puțin așa ni se cere) dar, practic, decidem asupra soluției logic-posibilă.

2.5. Raționamentul

Operațional, definim raționamentul ca fiind abilitatea de a analiza logic propozițiile, acestea constituind elemente ale raționării. Propozițiile reprezintă forma completă prin care exprimăm o intenție. După intenție, propozițiile se clasifică în:

- propoziții cognitive (cu scopul de a comunica o intenție),
- pragmatice (cu intenția de a determina un răspuns),
- axiologice – de valoare (cu intenția de a da o apreciere).

Scopul precizării logice a propozițiilor implică, în primul rând, o formulare precisă și corectă, formularea criteriilor de admitere sau respingere și trecerea logică de la unele propoziții la altele.

În expertiza medico-legală psihiatrică – mai ales în capitolul cu discuția cazului (care este complexă-multidisciplinară), raționamentele sunt inductive și deductive.

Raționamentele inductive vizează mulțimi finite, practic inspectabile, care se diferențiază de mulțimile infinite, în general neinspectabile; în raționamentele inductive se trece de la singular la general (dacă „a = b" și „b = c" atunci „a=c"). Legea inducției nu depinde de posibilitatea noastră de a inspecta mulțimea. *În expertiza medico-legală psihiatrică,* de exemplu, cazurile inspectate nu sunt alese de noi, ci conform unor criterii care nu au legatură cu teoria psihopatologică. Relația corectă a funcției supusă inducției (speța) cu un număr de funcții caracteristice (informațiile puse la dispoziție) poate fi dificil de stabilit (datorită deficitului de informații), uneori neputându-se delimita funcția = informația esențială) ceea ce atrage un defect în a stabili o relație precisă între funcția ce apare drept caracteristică – uneori chiar cea esențială – (informația avută la dispoziție) și funcția supusă inducției (speța).

Raționamentele deductive reprezintă subiectul principal al studiului logicii: (dacă „orice „a" este „b" și „dacă orice „b" este „c" atunci „orice „a" este „c"). În raționamentul deductiv se utilizează concluzia deductivă: dacă „a = b" și „b = c" atunci „a = c", de unde rezultă că „orice a = cu orice c".

Erorile posibile, în procesul de raționare, sunt erori de definire, de clasificare, de inducție (ex. generalizarea pripită etc.) și de demonstrație. Erorile în demonstrație sunt de două feluri:

• *argumentum ad hominem* (infirmarea unei propoziții sau considerarea unei propoziții ca fiind demonstrată prin raportarea la calitățile persoanei), ex.: rechizitoriul procurorului versus declarația examinatului – de unde necesarul de informații/ dosar complet);

• argumentul majorității.

2.6. Analiza logică propriu-zisă

Analiza logică (într-un limbaj neformalizat = obișnuit) presupune:

• indicarea teoriei (a limbajului logic) în care urmează să efectuăm analiza (în expertiza medico-legală psihiatrică folosim mai multe limbaje logice);

• descompunerea textului în conformitate cu categoriile logice ale teoriei/ teoriilor indicate;

• stabilirea corelațiilor logice dintre expresiile analizate;

• redarea textului în forma logică standard (conform limbajului logic adoptat);

• înregistrarea calităților logice ale textului, eventuale observații critice.

Analiza logică reprezintă astfel, considerarea unui text din punct de vedere al definiției, clasificării și raționamentului. Analiza logică se poate extinde din aproape în aproape până la cuprinderea unui întreg domeniu de informații, având ca rezultat sistematizarea respectivului domeniu (adică a teoriei logic construită). *În expertiza medico-legală psihiatrică* se construiește o teorie logică pornind de la corelarea logică a limbajelor logice folosite în scopul susținerii concluziilor.

Pentru sistematizare se impune necesitatea de a diferenția/ ierarhiza nivelurile (se pun la un loc doar informații de același nivel) adică trebuie să deosebim ansamblul de propoziții care pot fi sistematizate deductiv. În acest sens, sistematizarea se face din aproape în aproape urmând firul analizei logice. De exemplu, pentru a analiza un text scris de către o persoană considerată a prezenta un grad oarecare de deficit cognitiv, urmărim și grupăm folosirea înțelesurilor cuvintelor, introducerea propozițiilor secundare, folosirea și introducerea timpurilor, introducerea prepozițiilor etc., adică urmărim categoriile gramaticale pe care le clasificăm după

dificultate și apoi le raportăm la vârstă, nivel de instrucție, context educativ și mediu apartenent. Analiza unei expuneri ce ar putea indica o tulburare psihică implică căutarea unor simptome pe care le grupăm pe funcții psihice, iar în cadrul funcției, pe intensități. Ulterior, totalitatea simptomelor delimitate le grupăm pe sindroame, etc.

Forma perfectă a analizei logice este sistemul axiomatic.

În expertiza medico-legală psihiatrică, sistemul axiomatic poate fi încadrat ca teorie de sine-stătătoare.

CONCEPTE PSIHOPATOLOGICE GENERALE

1. Introducere

Din istoria dezvoltării psihiatriei reținem încercarea de a explica comportamentul uman ca un fenomen dinamic pornind de la observații clasificate și generalizate și de la concepte abstracte (unele împrumutate și adaptate din conceptele filozofice, cu precizarea că numeroși psihiatri au fost și filozofi renumiți). Redau mai jos, în tabelul nr. 9, câteva din conceptele psihopatologice, recunoscute și astăzi și care, de la caz la caz, pot fi aplicate și în activitatea de psihiatrie medico-legală, respectiv în efectuarea expertizelor medico-legale psihiatrice, exceptând psihanaliza, determinismul, existențialismul, concepția antropologică și fenomenologia, concepte ce le voi prezenta mai detaliat. Nu sunt prezentate teoriile neopsihanalitice deși pot fi folosite în psihiatria medico-legală, datorită faptului că sunt mai abstract-teoretice și mai puțin aplicative în practica expertală.

TABELUL nr. 9 – Concepte psihopatologice

CONCEPTUL TEORETIC	REPERE PRINCIPALE	RELEVANȚA ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ
PSIHOPATOLOGIA DESCRIPTIVĂ	Descrierea statusului psihiatric (simptome, sindroame)	Statusul psihiatric, reconstituit și constatat, analizat prin prisma simptomatologiei/ sindromologiei reprezintă cheia de boltă a stabilirii capacității psihice/ discernământului/ competenței.

PSIHOPATOLOGIA EXPERIMENTALĂ	Experimente pe animale pentru înţelegerea patologiei umane – Rosenthal, Pavlov, Petrova, Cain; (clinic – comportamentul patologic): Baruk: catatonie, schizofrenie; în prezent – Huber (1987) = studiul experimental al simptomelor prezente – depresie, anxietate, catatonie, halucinaţii;	Expertize medico-legale privind aspecte de etică, deontologie medicală; în cercetare. Înţelegerea comportamentului uman descris prin simptome/ sindroame;
PSIHOPATOLOGIA BEHAVIORISTĂ	„Comportament ţintă ierarhizat"_rezultat al condiţiilor de mediu, învăţat şi menţinut conform legilor învăţării – nu se dă o definiţie a comportamentului anormal.	Interviul psihiatric în cadrul expertizării – mai ales interviul specific al copiilor şi adolescenţilor infractori;
PSIHOPATOLOGIA STRUCTURALISTĂ	Concepţie filozofică structuralistă – explicare prin folosirea noţiunii de *structură*: Levi-Strauss, Piaget: totalitate, transformare, autoreglare, formalizare, identificarea formelor invariante în interiorul unor conţinuturi diferite; Sistem – structură – funcţie (clinic: ideile patologice)	Ierarhizarea logică a informaţiilor obţinute prin interviul psihiatric; Aria simulării – diferenţierea patologiei de simulare
PSIHOPATOLOGIA BIOLOGICĂ	Ipoteze genetice, neuropsihologice, biochimice etc. (ex. agresivitate generală, suicid)	Implicarea psihoorganicităţii în modificarea capacităţii psihice; în cauzele civile – condiţionare biologică; componenta biologica a dezvoltării ontogenice a personalităţii;
PSIHOPATOLOGIA SOCIALĂ	Clasă socială – sociogeneză – relaţie boală – mediul social – calitatea vieţii	Condiţionare exogenă; Diagnostic multiaxial, diagnostic principal – secundar, diagnostic comprehensiv;

POZITIVISM	Nu este o reală concepție psihopatologică: elemente ale pozitivismului se regăsesc în abordarea psihopatologică din perspectiva altor teorii filozofice	Cauzalitate medico-legală
PSIHOPATOLOGIA ORGANODINAMICĂ (H. Ey)	Interes istoric al modului de abordare – concepte neoperaționale clar, în prezent; Ansamblu de teorii care consideră bolile mintale ca manifestări regresive, legate de un deficit de energie condiționat de tulburări organice. Noțiuni: entitate nosologică, specie clinică; Patologia personalității: temperament – caracter – personalitate (caracteriopatie: caracteriopatii agenezice = oprire în dezvoltarea caracterului la 1-7 ani, caracteriopatie de regresiune; Personalitatea este doar umană; Constantele personalității: omul sănătos nu este omul mediu ci omul normativ, Ontogeneza: specifică (biologic/ apartenență la Homo Sapiens), individuală (devenire psihologică), a persoanei (ontogeneza eului), Contextul cultural și social: socializarea, enculturația (insul devine membru al unui grup), aculturația (transformările specificului cultural) Personalități psihopatice Cupluri: subiectul și obiectul, conștientul și	Eventual utilizabil prin conceptul privind constantele personalității și prin alte noțiuni comune cu alte teorii.

	inconştientul, simbolicul şi gândirea abstractă, real – imaginar, expresie – creaţie, voinţă – automatism	
PSIHOPATOLOGIA COGNITIVISTĂ	Informaţii de la sine şi de la mediu pentru a le asimila în scopul reglării comportamentului; Logica operaţională Ex clinic. Depresia – evenimente negative; stres – evenimente negative; modern – teoria disperării. Importanţa stimulilor subliminali. Terapie.	Sindroame psiho-organice; Victimologie.

2. Concepţia psihanalitică

Principiul de bază este cel hermeneutic: raporturi de sens dintre obiectele pierdute (originare) ale pulsiunii şi obiectele substitute, imaginate (ex. nevroze).

În expertiza medico-legală psihiatrică din conceptele psihanalitice, în prezent relevantă este importanţa pe care psihanaliza o acordă trecutului personal, al vieţii/ instinctelor sexuale, al experienţelor individuale precum şi perspectivei funcţionale (configuraţia psihismului – relaţia sine/ eu/ supraeu, mecanisme de apărare).

Mecanismele de apărare (adaptare după A. Romilă – note de curs netipărit) pe care trebuie să le aibă în vedere un expert în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică sunt:

• Refularea (*repression*) – în demenţă nu mai refulează nimic;

• Sublimarea – trebuie achiziţionată din prima copilărie şi învăţată în funcţie de toate treptele de înţelegere. Reprezintă un mecanism ideal pentru socializare, pentru dezvoltarea laturii spirituale şi a axei de valori a fiecărei persoane. Se clasifică în sublimare superficială (îmi place vioara, dar nu-mi place să studiez) şi pulsională (geniile care îşi dezvoltă talentul) – „este salvarea noastră ca normalitate" (Aurel Romilă);

• Proiecţia: – conţinutul afectiv drenează propriile valori negative; autocenzurarea (autoproiectarea) conduce la depresie; proiecţia exprimată prin învinovăţirea altora duce la modificări de tip paranoid. Proporţia ne orientează spre ce apare mai periculos. Ex.

depresivul poate să-şi ia viaţa, paranoidul poate să ia viaţa altora; Depresivul nu poate spune te urăsc, paranoidul urăşte şi acuză deşi celălalt nici nu-l cunoaşte şi/ sau nu cunoaşte sentimentele agresorului. Pulsiunea de proiecţie în sindromul paranoid se caracterizează prin faptul că mecanismul de proiecţie are 2 etape, benignă şi psihotică.

• În etapa I se dă vina pe celălalt cu o veritabilă fugă de răspundere. În această etapă nu ar trebui să se ofere circumstanţe atenuante (din punct de vedere juridic).

• În etapa a II-a apar tulburări de tip psihotic: interpretarea/ percepţia delirantă cu prognostic defavorabil şi mare probabilitate de absenţă a capacităţii psihice în raport cu o situaţie juridică delimitată la un moment bine precizat.

Pot exista şi mecanisme secundare de tipul disociere, regresiune (în psihoze), deplasarea „ţintei" („n-am nimic cu tine, dar el este Iuda"), sau inversare.

3. Psihopatologia existenţialistă

Este centrată pe analiza prezenţei umane, postulând primatul existenţei faţă de esenţă: „Sunt" = existenţa, „Om" = esenţa.

Ontologia lui Heidegger rezumă teoria la postulatul existenţialist: „Sunt, deci exist". Psihiatrul reprezentativ al acestei concepţii (preluată din filozofie) este Rollo May (SUA) care stipulează: *„Bolnavul este o fiinţă în lume şi nu un produs al lumii".* El se opune, în acest fel, teoriilor freudiste privind impulsiunile inconştiente deşi afirmă că, totuşi, anumite determinante inconştiente sunt implicate în dezvoltarea omului.

În psihiatria clinică, cele mai importante principii existenţialiste folosite (în grade şi situaţii diferite) sunt:

• Reacţie – «la distrugerea voinţei omului de către societate»;

• Voinţa şi decizia umană, angoasa, moartea ;

• Decizia este definită ca mod de conciliere dintre «dorinţa» psihanalitică şi «voinţa». Conceptul este folosit în terapie unde se apelează la conştientizarea potenţialului de către fiecare individ;

• Angoasa (teamă fără obiect) reprezintă teama omului faţă de constrângerile sociale dificil de perceput în întregime şi de justificat (de către individ). Se subliniază importanţa angoasei alegerii. Kierkegard (citat de M. Lăzărescu) defineşte angoasa ca „dorinţa care

ne sperie" și o consideră o consecință a conflictului ambivalent legat de amenințare. Individul, de regulă, cedează la amenințări. În acest context, abandonul luptei pune în discuție pe de o parte relația dintre normalitate și boală precum și „psihopatologia majorității – relaționată cu izolarea individului".

În expertiza medico-legală psihiatrică, psihopatologia existențialistă, se folosește în analiza agresivității generale (inclusiv a suicidului) și în cauzele civile.

4. Concepția deterministă

Expertiza medico-legală psihiatrică realizându-se sub egida medicinei legale, are frecvent și obiective privind raporturi de cauzalitate.

Stabilirea unor raporturi de cauzalitate, bine precizate, reprezintă conținutul majorității obiectivelor la care trebuie să răspundă lucrările medico-legale.

Conform concepției deterministe, aceleași cauze produc aceleași efecte, în baza unei ordini a fenomenelor (ordine imuabilă și constantă). Din perspectiva constanței fenomenelor există două concepții: constanța există în natură (determinismul este ontologic – în realitate) și constanța este un postulat al spiritului nostru, un principiu metodic.

Determinismul este demonstrat atunci cand spiritul uman poate prevedea cu certitudine (Heisenberg citat de V.T. Dragomirescu). Determinismul statistic ar arăta că previziunea nu se poate exercita asupra unui fenomen ci asupra unui grup de fenomene, situație în care legătura dintre observator și fenomenul observat produce o perturbare introdusă în fenomenul statistic de către observație (exprimă limita cunoașterii umane). În prezent determinismul rămâne o metodă operațională de a ordona această lume (deși în lumea reală situația este mult mai complicată). În psihiatria medico-legală, în acord cu juristprudența românească, se operează cu noțiuni specifice cauzalității, de tipul: cauze, condiții, circumstanțe, legături de cauzalitate.

4.1. Cauza

Cauza este actul ce întrunește caracteristici de succesiune și necesitate, determinând constanța, eficiența, obligativitatea, precum și tabloul principal, specific, calitativ. O cauză se deduce, de regulă, din

cercetarea efectului. Producerea fenomenelor necesită un concurs de cauze, unele de natură diferită (heterogene), pentru care trebuie făcută o evaluare a capacităţii lor determinante, unele fiind doar favorizante, de unde şi etichetarea lor drept condiţii. Caracteristicile deseori arbitrare, prin care se deosebesc cauzele de condiţii, au determinat metodologii particulare în interpretarea cauzalităţii. Altfel spus, cauza este un fenomen sau complex de fenomene care precedă şi, (în condiţii determinate), provoacă apariţia altui fenomen, numit efect, căruia îi serveşte ca punct de plecare.

Cauza este fenomenul sau ansamblul de fenomene care produce schimbarea şi de regulă se deduce din efect. Se caracterizează prin succesiune şi necesitate şi determină constanţa, eficienţa şi obligativitatea producerii efectului. Este responsabilă de tabloul principal, specificul calitativ al fenomenului pe care îl analizăm. Cu cât organizarea sistemică este mai complexă cu atât cauza este mai complicată (exemplu: halucinaţiile auditive imperative de a omorî, deşi pot fi considerate cauză în omorul comis de psihotici şi ar avea aptitudinea de a produce o moarte, indiferent de premorbiditate, nu are această aptitudine indiferent de asistenţa medicală solicitată).

Între cauză şi efect, raportul este relativ deoarece, teoretic, un fenomen psihic poate fi o cauză pentru un altul şi, în acelaşi timp, efect al unui fenomen psihic din altă categorie. Ca urmare, un fenomen psihic poate fi când cauză, când efect.

Condiţia este faptul sau împrejurarea de care depinde apariţia unui fenomen şi care influenţează desfăşurarea unei acţiuni, putând frâna sau stimula împrejurarea în care se petrece un fenomen.

Circumstanţa este împrejurarea particulară care însoţeşte o întâmplare, un fapt, o acţiune sau un fenomen.

4.2. Raportul de cauzalitate

Raportul de cauzalitate reprezintă o comparare a diferitelor categorii de factori intricaţi în determinarea prejudiciului în vederea ierarhizării acestora. Există raport de cauzalitate când:

a) cauza generează direct sau tardiv un efect;

b) efectul se poate produce şi datorită altor cauze;

c) efectul nu s-ar fi produs fără existenţa unor condiţii;

d) cauza acţionează într-un complex de condiţii sau când condiţiile modifică acţiunea cauzei producând efecte imediate şi

paradoxale, amânate sau disproporționate (exemplu tipic pentru reacțiile medico-legale).

e) dacă fenomenul pe care îl prezumăm ca fiind cauză se dovedeşte a nu avea rol de cauză sau condiție, nu se realizează un raport de cauzalitate.

În condițiile în care se pot stabili lanțuri cauzale, răspunsul la întrebări de tipul *„de ce totuşi la similarități cauzale, ratele agresivității realizate sunt mult mai mici față de alte cauze de deces?"* apare ca o enigmă.

De aceea, a apărut necesitatea delimitării unor criterii de abordare analitică a cauzalității medico-legale psihiatrice, criterii care definesc mai corect parametrii ce caracterizează complexitatea multifactorială a cauzalității medico-legale cu „posibilități de nuanțare în problematica medico-legală psihiatrică în strânsă interdependență cu cea social-juridică". Aceste criterii (delimitate de către V.T. Dragomirescu) sunt:

a) Sincronicitatea – continuitate în timp a cauzelor, condițiilor şi efectului;

b) Sintopicitatea – concordanța de sediu a cauzelor şi condițiilor;

c) Sintendența – concordanța orientării în aceeaşi direcție a cauzelor şi condițiilor;

d) Sintonicitatea – concordanța intensității cauzelor cu a condițiilor;

e) Sinvalența (sintendență) – concordanța adaptativă a naturii condițiilor la natura cauzelor.

În analizarea cauzalității se mai apreciază niveluri de cauzalitate, legături de cauzalitate şi raporturi de cauzalitate. În cauzalitatea medico-legală psihiatrică, mai corect este să apreciem lanțuri cauzale şi nucleul cauzal.

Lanțurile cauzale reflectă mecanismul de producere a efectului. V.T. Dragomirescu delimitează mai multe lanțuri cauzale dintre care ar putea fi analizate într-o expertiză medico-legală psihiatrică următoarele:

a) lanț cauzal direct necondiționat, dacă între cauză şi efect există sincronicitate, sintopicitate şi sintonicitate;

b) lanț cauzal indirect (mediat), dacă între cauză şi efect există sincronicitate, asintopicitate, asintonicitate; se obține un efect care devine cauză secundară a efectului final;

c) lanț cauzal cumulativ (cauzalitate complexă, condiționare multiplă), când între cauză și efecte (primare, secundare, multiple) există sincronicitate, sintonicitate, sinvalență;

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică, (în acord cu coordonatele fundamentelor teoretice psihopatologice) corect este să ne referim la lanțuri cauzale cumulative, celelalte două reprezentând mai curând exerciții teoretice posibile, frumoase dar sterile practic.

Nucleul de cauzalitate este fenomenul, definit tridimensional, prin structura personalității, motivației și a stimulului nespecific, capabil de a determina un efect tradus prin prejudiciu individual fizic/ psihic și social-juridic (V.T. Dragomirescu). Legătura de cauzalitate reflectă analiza diferitelor categorii de factori incriminați într-o relație de cauzalitate și discriminarea acestora. Principiul cauzalității este un principiu la care se face frecvent referirire în obiectivele expertizelor medico-legale psihiatrice solicitate. Psihiatria este, din punct de vedere teoretic, în primul rând, o știință analitică, pentru care sistemul de diagnosticare psihiatric, multiaxial, reflectă condiționarea multiplă a întregului comportament uman.

Pentru o reconstituire a unui status psihiatric la un T1 anterior examinării și pentru asumarea deciziei medico-legale psihiatrice (concluziile raportului) sunt necesare atât „descrierea"/ analiza tuturor aspectelor adiacente necesare cât și analiza posibilelor lanțuri cauzale.

5. Triontismul (Eduard Pamfil, V. Ogodescu)

Este un concept pendinte de fenomenologism și nu numai (ex. structuralism), nefiind de tip transcendent. Modelul este de tip funcțional (caracterizează dezvoltarea și funcționarea persoanei prin reciprocitatea conștiințelor cu păstrarea libertății). Analizează relația EU (ipsitate = guvernată de principiul necesității, reprezintă forma persoanei și/ sau un moment al interacțiunii) – TU (tuitate ca interacțiune dintre principiul posibilului și structura psihismului) – EL (illeitatea care este întâmplarea, hazardul/ sistemul persoanei).

Eu, tu și el constituie o realitate care nu necesită verificare, realitate ce permite saltul la apartenență de grup. Teoria triontică, frumoasă ca un exercițiu mintal, deschide poarta spre o viziune antropologică globală.

6. Psihopatologia antropologică

Antropologia este o știință holistică care se ocupă cu studierea științifică a omului (*homo hominis*), cu studiul tuturor oamenilor din toate epocile și care tratează toate dimensiunile umanității. Este legată de ideea de cultură considerând că specia noastră are capacitatea de a concepe lumea simbolic, de a preda şi învăța simboluri în mod social şi de a transforma lumea (fiecare individ pe el însuşi şi pe ceilalți) pe baza simbolurilor. Are o dublă sensibilitate, atât față de tradițiile culturale (element de tradiție), cât și față de procesele schimbării sociale (modernizare). Conceptele sunt folosite atât în psihiatria clinică, cât și în psihiatria medico-legală. Se subdivide în antropologie culturală, socială, lingvistică, fizică etc. Se discută de antropologie specifică (socială, religioasă, simbolică, a rudeniei și familiei, biologică etc.).

Una din metodele de cercetare este reprezentată de metoda etnografică. Lucrările lui Durkheim (formele elementare ale vieții religioase) și ale lui Claude Levi-Strauss (antropologie structurală) sunt și astăzi studiate.

În psihiatria clinică, psihopatologia antropologică, se reflectă în interviul psihiatric (și, implicit, în creionarea personalității premorbide) iar în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică în abordarea globală a cazului.

6.1. *Perspectiva globală antropologică – generalități* (adaptare după Mircea Lăzărescu)

Persoana conştientă nu este o realitate nemijlocită ci una mijlocită care își trage seva, pe parcursul formării, din instanțe umane suprapersonale. Fiecare dintre noi reprezentăm o persoană concretă şi originală, reunind, în același timp, în sine, o multiplicitate diversă care are rol de a asigura atât un conținut, cât şi un suport solid, pentru o proiecție cu sens în lume. Comentariul analitic al persoanei conştiente impune două perspective fundamentale: cea dinamic-diacronă şi cea structurală.

6.2. *Perspectiva dinamic-diacronică* (adaptare după Mircea Lăzărescu)

„În perspectiva dinamic-diacronă persoana conştientă se formează în cursul ontogenezei, a „personogenezei", prin relațiile sale comunicante cu alți indivizi şi instanțe umane, cu tineri şi adulți care-i facilitează accesul la „lumea umană" prin identificări, modelări, comunicări, învățare și transmitere informațional-educativă.

Dezvoltarea psihismului conştient se realizează în paralel cu dezvoltarea corporalităţii şi a sistemului nervos central ceea ce conduce la apariţia progresivă, succesivă şi ordonată, a altor caracteristici şi capacităţi. La diverse vârste, omul are abilităţi psihice, cunoştinţe, receptivităţi, posibilităţi de înţelegere variate/ diferite, adică are anumite caracteristici psihice normale şi anumite valenţe şi potenţialităţi psihopatologice specifice vârstei.

„Întreaga dezvoltare psihică şi întreg cursul existenţei personale este marcat de perioade de criză şi de salt sintetic, între care se desfăşoară parcursuri mai calme şi lent cumulative de existenţă".

Din perspectivă ontogenetică o atenţie deosebită se acordă primilor 3-5 ani de viaţă, în corelare cu dezvoltarea inteligenţei.

„Ciclurile vieţii" din perioada vârstei adulte au fost discutate de Jung când a apreciat metamorfozele adultului; adultul, pe măsură ce trăieşte evenimente diferite şi câştigă progresiv experienţă de viaţă, se formează şi se defineşte tot mai mult ca o persoană concretă, individualizată, originală, unică. Această definire se numeşte proces de „individuaţie".

Levinson şi colaboratorii descriu subcicluri ale vieţii de aproximativ 5 ani şi subliniază importanţa tranziţiei dintre diferitele perioade „critice" în cursul cărora persoana este mai vulnerabilă la apariţia tulburărilor psihice.

„În procesul dezvoltării ontogenetice şi, în general, în cursul desfăşurării existenţei sale, a raportării concrete faţă de lume, individul este activ, pretinzând, solicitând, investigând, proiectând intenţii de acţiune şi asimilând realitatea. În acelaşi timp el suferă influenţele întâmplătoare sau intenţionale ale lumii umane cu care este în contact direct şi pe care o recepteazǎ după capacităţile şi particularităţile sale determinante la o vârstă dată şi într-un context definit. Întreg acest aspect dinamic se corelează strâns cu perspectiva „diacronă" (adică, desfăşurată de-a lungul timpului) a existenţei persoanei. În această perspectivă dinamic – diacronă, în afara marilor perioade bio-psiho-antropologice care ţin mai mult de cronologia exterioară, pot fi identificate, mai ales la vârsta adultă, şi alte „perioade de viaţă" (sau parcursuri existenţiale) pe baza unor anumite criterii de circumscriere, perioade circumscrise predominant dinamic – proiectiv ţinând de urmărirea unui scop, a unui rost şi a unui sens şi însumând drumul de viaţă parcurs întru împlinirea respectivului proiect. Aceste perioade se pot încheia cu împlinire sau

eşec, cu schimbări de viaţă care sunt vizibile şi din exterior sau cu metamorfoze interioare semnificative.

Perioadele de viaţă sunt definite prin existenţa subiectiv-personală a individului, în cadrul unor parametri relativ constanţi de statut şi rol social, reţea socială etc. (ex. perioada de şcolarizare, de exercitare a profesiei într-un loc, de căsnicie etc.). Aceste perioade „se încheie, de obicei, cu schimbări de viaţă constatabile din exterior, dar şi cu o posibilă trăire din interior a unei împliniri sau a unui eşec" (Mircea Lăzărescu).

Ritmul circadian, fundamental şi de referinţă pentru viaţa omului, este în esenţă biologic, şi puternic modelat socio-cultural (subelementele lui sunt alternanţa somn – veghe, secvenţele ciclic-ritmice ale somnului, alimentaţia, oscilaţiile diurne ale energiei bio-psihice şi ale dispoziţiei etc.); Psihoritmurile sunt influenţate dominant cultural (ritmul săptămânal, ritmul condiţionat de sărbători, vacanţe, program de lucru etc.). „În cadrul prezentului trăit, adică a angajării subiectului în situaţii problematice actuale ce se cer rezolvate sunt implicate toate funcţiile şi structurile psihice: *funcţiile intelective* (atenţia, percepţia, memoria, înţelegerea, reprezentarea, imaginarea, gândirea, judecarea) cuprinse în structura inteligenţei; *funcţiile dinamizante* (instinctiv-afective, de curiozitate, de aspiraţie socială şi valorică) cuprinse în structura motivaţiei; *funcţiile realizatoare* (deliberare, decizie, proiect, acţiune efectivă, expresie, comunicare lingvistică) cuprinse în structura voinţei. Toate aceste funcţii sunt centrate de „eul reflexiv" capabil de sinteză, libertate şi creaţie" (Mircea Lăzărescu).

În expertiza medico-legală psihiatrică concepţia antopologică reprezintă teoria fundamentală din perspectiva căreia abordăm persoana expertizată.

PREZENTARE CAZ

Bărbat, 27 ani, fără antecedente psihiatrice/ omor/a omorât fosta soţie – analiză cauzală:

„ISTORIC: Victima este caracterizată de anturaj ca fiind „foarte cuminte, liniştită, relativ retrasă... ajuta cu plăcere atunci când aveai nevoie, atât material cât şi sufleteşte, prin diplomaţie reuşea să evite

conflictele". Anterior căsătoriei, examinatul era perceput „genul de copil timid, cuminte, liniştit şi foarte ascultător. Pe măsura trecerii anilor a rămas tot liniştit, timid, cuminte şi ascultător până la un punct. ... Datorită faptului că era mai retras, niciodată nu a avut conflicte cu cineva din grup, nu a jignit pe nimeni deci implicit nici pe mine, dar nici nu s-a apropiat de cineva mai mult, cu excepţia numitei A. A.M. Uneori mai discuta cu mine. ... Dacă aveam nevoie de ajutor, atât eu cât şi prietenii mei, mi-l acorda necondiţionat". Examinatul a insistat mult pentru a reuşi să stabilească această relaţie. După constituirea relaţiei a început să se manifeste posesiv cu scuza iubirii. Victima a fost sfătuită să nu se căsătorească cu examinatul. În ziua căsătoriei familia victimei a rugat pe prietenii acesteia „să nu fure mireasa" deoarece „... I s-a comunicat... că dacă se lasă furată va avea probleme. De altfel, pe parcursul întregii petreceri... nu a lăsat-o pe... singură nici un moment". Şi familia examinatului şi-a manifestat nemulţumirea faţă de acest obicei. După căsătorie examinatul a avut un comportament (neprezumat de către victimă) de „abuzare psihică" şi chiar admonestare fizică. La întreţinerea acestei atmosfere a contribuit şi familia examinatului (mama şi sora); – aspect şi de pattern cultural şi de suport primar neadecvat şi de mecanisme de coping neachiziţionate; toate datele din dosar confirmă „relaţiile" tensionate expuse, tortura psihică, admonestarea fizică, precum şi gelozia examinatului. Ar rezulta că o ameninţa nu numai cu „omorul", dar şi cu sinuciderea sa. Victima a reuşit „să fugă" şi apoi să divorţeze. Examinatul a continuat terorizarea psihică, venind la casa părinţilor victimei unde avea un comportament neadecvat. Victima îşi luase serviciu, iar fostul soţ o urmărea pe stradă, o admonesta etc. În seara crimei a pătruns noaptea în camera victimei (din casa părinţilor) şi a lovit-o cu un topor. Până la venirea Salvării, examinatul a stat întins pe covor lângă victimă. Victima a murit în drum spre spital. Fapta nu a fost comisă sub influenţa băuturilor alcoolice. A recunoscut fapta, motivând-o şi afirmând că s-a dus la victimă pentru a o ruga să nu înceapă altă relaţie cu un bărbat şi să se împace cu el. DATE ANAMNESTICE: Afirmativ provine din mediul urban (oraş mic), familie organizată, fiind primul dintr-o fratrie de 3. A absolvit gimnaziul şi şcoala profesională. A efectuat stagiul militar (soldat). Lucrează; neagă antecedente heredo-colaterale semnificative. Neagă antecedente personale psihiatrice. Internat în Spitalul Penitenciar B. secţia

psihiatrie, diagnostic de internare: „Tulburări nevrotice declanşate reactiv situațional".

Starea psihică prezentă: *Ținută ordonată. Mimică expresivă. Contact psihic realizabil. Orientat temporo-spațial, auto și allopsihic. Atitudine aparent cooperantă. Fără acuze subiective la data examinării. Nu se constată tulburări perceptuale, prosexice, mnezice. Coerent. Volum lexic şi notional la nivelul prezumat. Mare capacitate de a-și ascunde trăirile profunde. Neagă orice fel de manifestare de tip impulsiv, clastic, heteroagresiv (heteroagresivitate fizică și psihică). Recunoaște „trăiri" afective intense, dar numai de „iubire" și „devotament". Recunoaște fapta, afirmând că nu și-o explică „nici mie nu-mi vine să cred", deoarece o iubèa foarte mult; argumentează și prin faptul că toată lumea s-a mirat, deoarece este cunoscut ca un om „calm". Afirmă ca divorțul s-a datorat familiei victimei; cei doi s-au înțeles foarte bine, nu a agresat-o fizic și psihic niciodată. Afirmă că divorțul era o formalitate în vederea schimbării „numelui". Afirmă că a fost un moment de rătăcire datorită iubirii pe care o nutrea față de victimă și geloziei, deoarece sora victimei i-ar fi spus în acea seară că, fosta soție are o altă relație. Mare capacitate de apărare (în sfera motivațională). Risc de agresivitate crescut.*

Examen psihologic: *Examenul eficienței intelectuale: Q.I. 98 – inteligență medie-inferioară. Examenul personalității: Chestionarul „W.-M." nu evidențiază în planul personalității manifeste, la data examinării, valori peste cele normale pentru nici una dintre tendințele vizate. Actualul profil pulsional (Szondi) al personalității profunde relevă în sfera vieții afective subiect opresat, care se plânge, geme, se lamentează. Eu inhibat, care luptă prin mecanisme de negare contra „posedării", contra ambivalenței și inflației. Self-control. În vectorul sexualității: inactivitate. În vectorul contactual: legătură infidelă cu lumea exterioară. Căutare a unui obiect nou deși se agață încă de cel vechi. Atenție împărțită, bi-obiectuală. Rivalitate, flecăreală, dorința de a-și da importanță.*

Examen EEG „Incidența crescuta de ritm teta. Fără anomalii paroxistice sau lezionale".

Examen endocrinologic: *„Obezitate de aport (cu risc de DZ II)".*
CONCLUZII: „Tulburare de personalitate de tip mixt"

Direcționare spre agresivitate

• Pattern endogen cu structură temperamentală de tip introvert, funcțional-senzitiv;

• Condiție dominant endogenă – suport familial cu model neadecvat, de tip posesiv, cu orgoliu exacerbat, netolerant; violență psihică și fizică;

• Condiții dominant exogene – neachiziționarea mecanismelor de toleranță la frustrări, suport social care nu corespunde modelului primar, ceea ce a permis neacceptarea „pierderii" unui bun personal;

• Circumstanțe considerate frustrante (divorț, o nouă relație a fostei soții);

• Nucleul cauzal: structură a personalității de tip psihopatic cu note sadice – mixt de sine (cu imagine de sine neadecvată) și de spectru – paranoidă); motivație interioară derivată din structura temperamentală; motivație exterioară aparent inteligibilă care se suprapune pe motiv;

• Mobil – răzbunare;

• Cauzalitate indirectă de tip cumulativ cu sincronicitate și sintopicitate;

NOTĂ: Cazul demonstrează atât importanța analizei traiectoriei existențiale, care evidențiază aspecte importante, mai ales referitoare la Axa II de diagnostic cât și dificultățile de apreciere și intervenție în violenta intrafamilială".

---

7. Fenomenologia

Teorie filosofică printre fondatorii căreia se numără și doi mari psihiatri care au marcat istoria psihiatriei. *Fenomenologia* concepe existența ca pe un cumul de fenomene aflate în interdependență (Husserl, Heidegger, Lanteri-Laura, Binswanger, Jaspers, Minkowski, Tatossian). Este teoria filosofică care (alături de conceptele antropologice) a amprentat profund fundamentele teoretice ale psihiatriei. Din perspectivă fenomenologică, reținem ca importante pentru psihopatologie următoarele principii:

• Dominantele structurii personalității;

• Nu se caută cauza bolii sau a unei deviante grave;

• Se colectează date privind experiența personală de boală (a pacientului), inclusiv interpretările bolnavilor;

• Fenomenologia descriptivă – subiectivismul trăirii bolnavului psihic, înţelegerea trăirii şi explicarea înlănţuirii cauzale a unor informaţii date;

• Abordarea complexă a bolnavului psihic – se diferenţiază datele legate de trăirile şi experienţele pacientului de cele ale examinatorului (de observaţia examinatorului şi prejudecăţile sale teoretice); se apreciază evoluţia personalităţii ca proces şi reacţie;

• Proces-eveniment heterogen în raport cu viaţa psihică care invadează evoluţia comprehensibilă a personalităţii, evoluând paralel; dualismul „a înţelege – a explica";

• Observaţia este legată de experienţă şi este o observaţie cu intenţie;

• Metodologia fenomenologică: noeza (aparenţa), noema (esenţa); fenomenologia transcendentală implică trecerea de la noeză la noemă şi pregătirea subiectului de a percepe noema (influenţe de la Kant: percepem ceea ce suntem pregătiţi să percepem);

• Cunoaşterea afectivă – timp de aşteptare şi cu renunţarea la prejudecăţile noastre inerente;

• Este centrată pe aspecte esenţiale ale psihismului prin abordare sintetică; se evită fragmentarea în funcţii, abilităţi, situaţii, stiluri etc.;

• Abordează sintetic psihismul;

• Fenomenologia vizează structura complexă a trăirilor (Husserl, citat de către Mircea Lăzărescu);

• Infrastructura conştiinţei vizează condiţiile bazale ale conştiinţei naturale; reprezintă repere general umane, transistorice şi transculturale (Fenomenologia modernă – ex. Tatossian – 1980, citat de către Mircea Lăzărescu).

Mircea Lăzărescu sintetizează conceptele fenomenologiei moderne prin cele privind infrastructura fenomenologică a conştiinţei, caracteristicile abordării clinice şi metodologice, astfel:

• Polul ego-ului – personalitate, conştiinţă, subiectivitate, ego, sine, trup;

• Polul celuilalt – alter-ego, tu;

• Polul lumii – sinteze constitutive, tematice;

• Zona comunicării – intersubiectivitatea, existenţa duală;

• Polul temporalităţii – trecut, prezent, prezentificare, durată, devenire;

• Polul spațialității – distanțele interpersonale dintre zona intimă și cea publică;

• Polul situației – actualizare, a fi în situație;

• Polul identității biografice – durata biografică;

• Polul judecății – atitudine (poziționare) antepredicativă, judecare (constituire), tematizare/ valorizare.

Fenomenologia modernă nu vizează psihopatologia clinică din perspectivă criteriologică pe bază de simptome, ci sindromologia (renunță la liste de simptome statistic semnificative) și se referă la **sesizarea esenței** (proces cognitiv ce poate fi surprins de către examinator) și la **coerența fenomenelor**. Abordează atmosfera situației, a faptului de a fi într-o situație problematică. Fenomenologia modernă pleacă de la subiectivitatea conștiinței, de la o specificitate a existenței umane. Reducția fenomenologică (în fenomenologia modernă) este o metodă de analiză prin care informațiile, observațiile se definesc în funcție de „esență", se stratifică și se grupează în grupuri logice, prin raportare la limbajul logic precizat.

Este folosită în abordarea clinică și în metodologia de organizare a materialului în vederea stabilirii argumentării concluziilor și în analizele psihopatologice la caz, de tip exhaustiv.

8. Analiza psihopatologică exhaustivă la caz (aplicație la cazurile penale)

Odată cu Jaspers, Minkowski, Grule, Binswagner se delimitează psihopatologia ca disciplină relativ autonomă față de psihiatria clinică, delimitare datorată concepției antropologice influențată la rândul ei, de fenomenologie și psihanaliză. Operând cu noțiuni și sintagme ca „principiul comprehensibilității", „intuiției", antropologia fenomenologică aplicată în domeniul psihopatologiei devine psihoantropologie fenomenologică, sau, mai corect, psihopatologie antropologico-fenomenologică, disciplină ce studiază manifestările fenomenelor psihologice, atât ale omului sănătos, cât și ale bolnavului mintal, respectiv ale omului cu tulburări psihice. Obiectul disciplinei vizează raportul „eu/ lume". Metoda este de tip analitic și vizează analiza totalității faptelor psihologice sau psihopatologice, considerate ca fenomene, ca lucruri individuale, ca obiecte ale cunoașterii noastre imediate, sesizabile sub toate aspectele lor (Husserl citat de către Mircea Lăzărescu). Analiza cuprinde descrierea faptelor, sinteza

internațională, sinteza concretă și reducția fenomenologică. Analiza psihopatologică raportează aceste coordonate la două aspecte (Binswagner); „a fi prezent" și apriorul său „a fi în lume ca existență"; „prezența" și „coprezența".

Pragmatic, modalitatea de analiză psihopatologică, în înțelesul psihiatriei medico-legale vizează infractorul și fapta în raportul eu/ lume – prezența în lume/ existența în lume și legăturile de cauzalitate la un moment dat dintre *zoon echon* și *zoon politikon*.

Aserțiunile menționate reprezintă parte a conceptului teoretic ce motivează delimitarea relativ autonomă a psihiatriei medico-legale, care are ca obiect de activitate persoana sănătoasă sau bolnavă psihic, raportată la o normă socială legiferată prin instrumentele statului de drept și care trebuie să se regăsească pe ea însăși în acord cu ceilalți, într-un context social dat.

Practic analiza constă în studierea atentă a tuturor datelor aflate la dosarul cauzei, deci inclusiv a datelor vizând examinatul (examenul psihiatric complet al persoanei).

Principiile analizei constau în:

- descrierea destinologică a persoanei;
- descrierea raporturilor dintre persoană și lume, așa cum rezultă din dosarul cauzei, în general, și apoi, în contextul împrejurărilor comiterii faptei;
- descrierea statusului bio-psiho-social al persoanei anterior, la momentul comiterii faptei și ulterior;
- sinteza intențională și sinteza concretă a tuturor datelor;
- reducția fenomenologică în vederea obțineri valorilor de adevăr cu semnificație în cazul studiat;
- aprecierea comprehensibilității rezultantei operării reducției prin analizarea prezenței și coprezenței elementelor posibil sau veridic implicate în comiterea crimei;
- argumentarea inteligibilă cu specificate medico-legală psihiatrică a raporturilor cauzale;
- evaluarea argumentată privind atât posibilitatea efectuării crimei de către persoana învinuită, cât și contextul specific multidimensional al comiterii, cu toate implicațiile medicale, psihologice și socio-juridice.

Analiza „psihopatologică la caz" se completează și cu alte aprecieri de tip „probabil", „foarte probabil", în cazurile de crime cu

autori necunoscuți și în cazurile de „omor în cuplu", fără martori, mai ales când, la expertizare, la învinuiții respectivi, se constată dificultăți de colaborare datorate stărilor respective, indiferent de intensitate, sau, manifestări încadrabile în spectrul simulării.

Printr-o argumentare solidă a intenționalității sau a absenței acesteia, a implicării patologicului de intensitate psihotică, analiza psihopatologică la caz reprezintă o probă în plus care ajută justiția în elucidarea unor cazuri sau în evitarea unor posibile erori judiciare.

O analiză psihopatologică corectă este dependentă de:

• un material de urmărire penală complet, corect, modern, abordat din perspectiva ultimelor achiziții științifice;

• o pregătire complexă și o informare științifică „la zi" a experților;

• profilul transcultural zonal, al examinatului și al experților;

• respectarea deontologiei medicale și a eticii profesionale a expertului.

Există o articulare a modelului medical de discuție a unui caz cu specificitatea dată de obiectivele justiției încât discuția cazului devine o lucrare medicală multidisciplinară în care se iau în considerare toate aspectele comportamentului uman în mod analitic și sintetic.

Analiza psihopatologică la caz reprezintă o lucrare științifică exhaustivă și astfel realizată nu poate avea același regim de „circuit" ca al expertizei obișnuite care, odată intrată în grefă, devine publică, deoarece contravine principiului respectării drepturilor omului „la protejarea datelor personale", „la intimitate", „la apărare" etc.

Astfel, deși analiza psihopatologică la caz este tot o lucrare tip „expertiză", expertizele medico-legale psihiatrice privind capacitatea psihică sau având alte obiective reprezintă doar o parte a analizei, respectiv partea strict necesară a argumentării concluziilor expertizei. Acest tip de lucrare servește în principal cercetării științifice psihiatrice, medico-legale și interdisciplinare/ interdepartamentale, concluziile putând fi adaptate în vederea realizării unor programe psiho-profilactice și de prevenție.

Discuția cazului într-un raport de expertiză medico-legală psihiatrică păstrează aceleași principii de analiză.

9. Principiul libertății (adaptare după I. Roșca)

Libertatea se raportează la necesitatea naturală și este înțeleasă sub forma cauzelor și legilor; este relativă. Necesitatea socială este reprezentată de legi juridice ce au ca scop o anume impunere de armonizare a libertății individului cu legile statului. Cutumele ancestrale specifice se iau în considerație doar dacă pentru o anume speță nu există prevederi legale (drept natural versus drept penal activ).

Persoana, considerată model ontologic cuaternar bio-psiho-socio-spiritual, raportează libertatea la toți factorii cauzali și necesari în acord sau dezacord cu cultivarea dorințelor realizabile și înlăturarea celor de neîmplinit (concepție stoică cu nuanțe preclasice, de tip destinologic).

Se analizează posibilitatea omului de a alege între bine și rău (libertatea ca liber arbitru), satisfacerea trebuințelor vitale proprii, acceptarea constrângerilor în lupta prereflexivă de autodepășire.

Persoana are libertatea „față de" și „pentru" – o necesitate, pentru „necesitatea care o exprimă".

În expertiza medico-legală psihiatrică se analizează modul în care înțelege pacientul de „a fi liber" fără a încălca libertatea celuilalt.

10. Analiza sistemică

Informațiile se pot sintetiza prin acordarea metodologiei fenomenologice cu teoria sistemelor. Sistemele se clasifică (utilizabil în expertizarea medico-legală psihiatrică) după modul în care se pot dimensiona informațiile (sisteme deschise, închise, semi-închise) și după mecanismul de interrelație (sisteme echivalente, în relații de subordonare, în relații de supraordonare).

11. Fenomenul calității vieții

Roxana Chiriță subliniază că „nu există o teorie unitară despre funcționarea psihicului uman și despre fenomenul psihopatologic/ procesul psihopatologic"... ci o alterare globală a activității psihice exprimată ca „alterare" globală a activității. Modificarea exprimă o transformare a traiectoriei existențiale. Unitatea vieții psihice este unitatea dintre minte, creier și conștiință, voința fiind o „proeminență a sine-lui în contextul unei acțiuni sau unei inacțiuni și corespunde unui înalt nivel de conștientizare obiectuală".

Fenomenul calității vieții subiective ar avea trei dimensiuni fundamentale (aplicabile prin chestionar semistandardizat) după care se pot organiza datele și care se referă la: toleranța saturată de toleranța socială, emoții scăzute saturate de menținerea într-un comportament de rutină a unei oarecare angajări emoționale; factorul denumit frecvent prin „a te simți bine" ar fi saturat de absența stresului și de senzația subiectivă de bine.

Expertul în psihiatrie medico-legală psihiatrică trebuie să cunoască foarte bine fundamentele teoretice ale psihopatologiei. Se recomandă ca persoana expertizată să fie abordată din perspectivă antropologică globală (cu respectarea normelor de etică și deontologie medicală).

În metoda de analiză a tuturor datelor trebuie adoptată metoda reducției fenomenologice, sintetizată apoi într-o discuție a cazului de model clinic-interdisciplinar.

Concluziile raportului trebuiesc acordate la jurisprudența românească cu respectarea principiilor cauzalității medico-legale cu specificitate psihiatrică.

Raportul de expertiză medico-legală psihiatrică trebuie întocmit după legile logice ale argumentării, traductibilității și transmisiei în limbaj logic comun.

De la caz la caz se abordează o bază teoretică sau alta.

De subliniat că, pluralismul doctrinar nu exclude abordarea logică a analizei persoanei expertizate în situația dată – la momentul T1 – precum și concluzionarea în sens expertal prin abordare și argumentare logică!

PERSPECTIVA SOCIOLOGICĂ ŞI CRIMINOLOGICĂ ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ

Gabriela Costea, Vasile Astărăstoae

NOȚIUNI INTRODUCTIVE

Persoana se defineşte prin apartenența la un grup social, prin asimilarea şi practicarea determinată a rolurilor şi statutelor sociale.

Asumarea rolului social se realizează prin modul de sinteză şi de analiză a coordonatelor sociale şi prin felul în care persoana penetrează deasupra statutelor, într-un context socio-economic şi cultural determinat.

Normalitatea, din punctul de vedere al acestui nivel ontologic, este definită prin modul în care individul şi comunitatea consideră că *„ar trebui să fie"* în raport cu normele existente la un moment dat.

Structura vieții sociale este dependentă de dinamică şi tendințe, de factori geografici şi istorici stabili pentru perioade mari de timp, de factori culturali şi economici (relativ stabili).

Dinamica este dată mai puțin de „stabilitatea" acestor factori fiind determinată mai ales de mecanismele de tip *feed-back* şi *feed-before* dintre individ (care creează socialul) şi socialul pe care l-a creat şi căruia în acelaşi timp îi este subordonat.

A considera exclusivist că societatea „anomică", „oprimată" se face vinovată de comportamentul deviant al persoanei apare ca ilogic, având in vedere că persoana face parte din societate, fiind, în acelaşi timp, un constructor al ei.

Stricto senso, societatea defineşte grupul de indivizi.

Societatea segmentară defineşte o organizare socială fără guvernare stabilă, împărțită în segmente care se îmbină, pornind de la norme. Segmentarea societății presupune divizarea unui grup în subansambluri diferite.

În cadrul societății, pentru a face față unor conflicte, funcționează principiul solidarității construit pe baza unor ritualuri și norme morale comune.

Sociabilitatea poate fi definită ca starea rezultată din facultățile omului (starea de societate) și dintr-o stare psihologică colectivă atribuite unor grupuri diferite ca mărime.

Socializarea, în sens larg, presupune a transforma un individ dintr-o ființă asocială într-una socială, inoculându-i moduri de simțire și de acțiune necesare stabilizării normelor de comportament astfel dobândite.

Faptul social poate fi definit ca fiind orice dat al experienței (exemplu: faptul brut corespunde percepției noastre comune, faptul științific reprezintă enunțul unui dat științific).

Sociologia implică, astfel, studiul relațiilor umane atât în sânul grupărilor sociale cât și între grupurile sociale. Teoretic, sociologia este unificată, în obiectul de studiu (a studia omul, a înțelege cum evoluează, cum trăiește în societate). În fapt, sociologia se dezvoltă printr-o multitudine de cercetări, deoarece resorturile acțiunilor umane sunt complexe, creațiile sociale sunt variate, motivațiile sunt frecvent diferite și simultane, iar observarea unui om sau a unui grup uman, poate determina reacții și transformări.

Societățile nu-și pot găsi o coeziune de ansamblu decât în momente de mobilizare și strângere a rândurilor. Sociologia analitică descrie societatea umană precizând că un om în grup nu mai are aceeași personalitate ca a individului izolat, de unde fenomene de entuziasm colectiv, isteria colectivă (linșaj). Conștiința colectivă depășește condiția individuală care se manifestă în noi prin conștiința datoriilor sociale.

CATEGORII SOCIOLOGICE

Preocupările sociologice sunt cunoscute din antichitate, dar au devenit pregnante începând cu secolul XIX. Émile Durkheim, filosof francez (1858-1917) este considerat fondator al sociologiei în Franța. A fondat studiul sociologic și a renovat știința despre om și critica religiilor (*Formele elementare ale vieții religioase*, 1912). În studiile sale nu face referiri la psihologie.

Reținem din postulatele sale, cu valoare în expertiza medico-legală psihiatrică:

• Individul are valoare doar prin societate; societatea îi dă o funcție și o conștiință morală; individul există doar prin acestea și prin alt individ (*Sinuciderea*, 1897);

• Dezvoltarea individului, începând cu copilaria, se asociază cu o dependență tot mai strânsă de societate (*Diviziunea muncii sociale*, 1893);

• Valorile sociale reprezintă lucruri de unde se naște o știință obiectivă a moravurilor care nu exclude viața interioară și morală (*Regulile metodei sociologice*, 1894);

Termenul de *sociologie* este introdus de către Auguste Comte în 1836, în lucrarea *Studiu pozitiv al ansamblului de legi fundamentale proprii fenomenelor sociale*. Ca demers ştiinţific al sociologiei ne referim la scopul de a înțelege un mod de viață în măsura în care un grup social reprezintă simultan o atitudine religioasă, o formă de economie, o concepție despre artă, raporturi umane pe bază de încredere, etc.

Claude Lévi-Strauss definește sintagma *„structuri sociale globale"* care sunt diferite de realitatea empirică a relațiilor sociale și descrie noțiunea de *„comprehensiune umană"* care permite să se facă joncțiunea dintre teorie și anchetele empirice, regăsind unitatea unei atitudini umane (un tip de viață socială) în spatele diversității conduitelor.

Sociologia se clasifică, după o multitudine de factori, în diferite categorii. Redăm un număr de specializări sociologice ale căror concepte au relevanță în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică (uneori cu impact important în aprecierea capacității psihice/ discernământului/ competenței – nu numai asupra înțelegerii comportamentului individului).

I. Sociologia acțiunii

Explică acțiunile indivizilor ca răspuns la o situație dată cercetările fiind concentrate asupra deciziilor individuale ale subiecților (Weber, Simmel). Validarea acestor cercetări depinde de două condiții:

• să nu recurgă la explicații de tip istoricist;

• să ofere o explicație clară asupra deciziilor individuale aflate la originea fenomenelor studiate.

Astfel, individul alege o soluție despre care știe sau crede că știe, că reprezintă interesul său (implicații în spețele civile). Weber postulează *„teoria comprehensiunii"* (ca model sociologic și nu ca studiu psihologic) propunând ipoteze ce ar putea explica fenomene fără reproducerea cu exactitate a realității lor intrinsece. În același timp, încearcă să ofere o listă a tipurilor de acțiune:

• enumerarea alegerilor individuale nu devine o acumulare haotică de fenomene deoarece indivizii acționează în cadrul unui sistem reprezentat de starea societății;

• există un sistem intrinsec care limitează numărul posibilităților de acțiune orientând spre alegerea unei anumite soluții;

În contextul acestei teorii, uniformitățile constatate se explică prin numărul limitat de opțiuni disponibile deoarece valorile mediului nu pot explica automat alegerile individuale chiar dacă ele le orientează.

Sociologia acțiunii urmărește, mai ales, determinarea modului în care acomodarea unor reacții individuale la o situație declanșează un fenomen general.

II. Sociologia cotidianului

Explică desfășurarea normală a vieții sociale pentru a se ajunge la un nivel al realității omis de analizele globale.

III. Sociologia cunoașterii

Implică explicarea unor idei, teorii, la un mod mai general, a anumitor produse ale activității mentale plecând de la variabile sociale.

IV. Sociologia dreptului

Permite adaptarea acțiunii dreptului la realitatea socială, în măsura în care *„legile pozitive date de legiuitor trebuie sa fie date în legatură cu legile sociologice și cu situația socială pentru care sunt făcute"* (Durkheim) și a relațiilor dintre faptele sociale și drept, din punctul de vedere al acțiunilor sale și al diferitelor sale forme de utilizare.

Se ocupă cu studiul formelor juridice, instituțiilor dreptului ca fenomene sociale etc. Putem delimita trei orientări ale sociologiei dreptului, și anume:

• una aplicată reprezentând analiza raporturilor dintre comportamentele sociale și situația dreptului, influența schimbării

socio-economice sau tehnologice asupra dreptului sau asupra instituțiilor judiciare;

• jurist-sociologie;

• a domeniului normativ (de unde valoarea de control social).

V. Sociologia educației

Este focalizată pe studiul sociologic al culturilor popoarelor și al transmisiei valorilor culturale. În prezent, se axează pe studiul educației primare, pornind de la axioma că societatea dorește să modeleze copilul după chipul său. Studiile principale vizează relația școlarizare de masă – reforme școlare (frecvente) – grupuri școlare – debusolare administrativă – ecrane de protecție instinctive ale elevilor, etc.

În expertiza medico-legală psihiatrică informațiile sociologice sunt foarte importante în expertizarea minorilor și nu numai.

VI. Sociologia familiei

Definiția familiei ca grup reprezentat prin reședință comună și prin cooperarea dintre adulții de ambele sexe cu copiii pe care i-au conceput sau adoptat nu explică suficient diversitatea comportamentelor.

În prezent reprezintă un domeniu de mare interes, studiile vizând relațiile familiilor cu mediul, relațiile intrafamiliale și mecanismele relaționale adaptative. În expertiza medico-legală psihiatrică informațiile specifice din acest domeniu sunt importante în toate spețele.

VII. Sociologia loisirurilor (sociologia timpului liber)

Se referă la activitățile pe care le deosebim de obligații (casnice, de muncă etc) și care variază în funcție de clasele sociale, de nivelul instructiv-educativ, de caracteristicile microgrupului apartenent, dar și de percepția valorilor acestui macrogrup. În epoca contemporană, ziua este invadată de *loisir*, în sensul că durata zilei de muncă scade, viața activă este mai redusă etc. (Riesman – 1965).

În prezent, probleme deosebite în această direcție sunt ridicate de dependența de TV, PC, de jocuri online, de viața în cluburile de noapte etc.

În expertiza medico-legală psihiatrică informațiile specifice sunt importante mai ales în cauzele penale; întrebările diversificate privind timpul liber fac parte din structura obligatorie a interviului psihiatric.

În țara noastră, primele studii, privind „timpul liber" la minorii expertizați în cauze penale, au fost publicate în anul 1972, de către Virgil Tiberiu Dragomirescu, în condițiile în care sociologia loisirurilor nu reprezenta, în acea perioadă, subiect vizat de către sociologii autohtoni.

VIII. Sociologia religiei

Vizează relațiile sociologice considerând religia ca fenomen colectiv, modalitatea în care un fenomen religios aparte devine fenomen de masă și modalitatea sub care acest nou fenomen de masă determină reacții individuale sau colective la nivel de microgrupuri. Explicarea interesului sociologilor pentru fenomenul religios este sintetizat de Weber care a subliniat faptul că religia creștină, în calitate de moștenitoare a profeților lui Israel, a dezvrăjit lumea antică și a raționalizat, ulterior, acțiunea socială religioasă. În concepția sociologică contemporană, religia creștină apare ca victimă a propriei sale dinamici; „modernizarea" religioasă contribuie la eliminarea religiei din sfera publică fixând-o la nivelul particularului unde intră în competiție cu arta, loisirurile, familia etc. Aceeași „modernizare" (incluzând și secularizarea) a permis dezvoltarea unor fenomene religioase particulare cu abilități de a deveni fenomene de masă.

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică este importantă diferențierea dintre apartenentul formal la o religie sau alta, practicantul obișnuit, practicantul bigot, reformatorul religios, paranoiacul, delirantul mistic și escrocul.

Foarte important este aprecierea corectă a schimbării apartenenței la un cult, a asocierilor religioase, a apartenenței la secte „legale" sau secte detrimentale social.

IX. Sociologia rurală

Diferențierea între sat și oraș a condus la relații specifice unui mediu sau altul. Din punct de vedere sociologic se iau în considerație două aspecte principale:

• diversitatea în unitate: peisaje diverse, structuri de exploatare;

• persistența diferențelor dintre sat și oraș chiar în condițiile modernizării satelor (exploatarea familială, buget unic pentru viața cotidiană, activitatea agricolă).

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică este important să apreciem corect caracteristicile reale ale evoluției individului în mediu rural/ urban apartenent precum și aspecte legate de migrație.

SOCIETATE ȘI CULTURĂ DE MASĂ

Masa este un ansamblu social omogen perceput uneori peiorativ de individul exclus, un sistem de referință major pentru toate activitățile de comunicare și de consum. Cultura de masă (mass media) se constituie la întâmplare întrucât se juxtapun informații, cele dominante fiind psihoafective. Cultura de masă standardizată se adresează unui public nedivizat profesional sau prin apartenențe sociale.

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică trebuie să apreciem plasticitatea psihoafectivă a individului în raport cu ceea ce i se comunică prin mass media și cu ceea ce înțelege din această transmisie.

Înțelegerea corectă este foarte importantă în diferențierea tematicilor delirante de simulare și de construcțiile de apărare.

MONOGRAFIILE SOCIALE

S-au constatat variații naționale ale acțiunilor sociologice precum și diferite constrângeri în abordarea sociologică de sorginte culturală, socio-politică, economico-financiară etc. Din acest motiv s-a dezvoltat practica anchetelor macro– și microsociologice. Tehnicile de studiu diferă în funcție de tipurile de observație: decupaj orizontal (sociologie urbană, sociologie rurală) sau decupaj vertical (mobilitatea socială).

Bazele monografiei sociale au fost edificate, în țara noastră, de către Dimitrie Gusti (1880 – 1955) care prin lucrările sale *Sistemul sociologiei monografice* și *Legea paralelismului sociologic* a postulat că „toate sistemele au dreptul egal de a fi explorate".

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică, a fi informați, pe modelul monografiei sociale a unei anumite zone, reprezintă un real ajutor în a diferenția patologia delirantă de cea nedelirantă sau în a înțelege resorturile unei decizii, a unui individ dintr-o anumită zonă.

PERSPECTIVA ONTOGENETICĂ SOCIALĂ

Rolul detrimental al societății trebuie analizat nu numai structural (economic: sărăcie – bogăție; politic – istoric: dictatură – democrație etc.) ci și prin modul în care fiecare individ în parte este capabil de a se raporta atât la microgrupul social apartenent cât și la macrogrupul social apartenent, considerat în sensul unei instanțe în sfera relaționării sociale (exemplu: este inabil/ abil în a comunica verbal și extraverbal, de a construi – sau nu – relații de durată sau de a accepta sau nu ajutorul celorlalți in rezolvarea problemelor sau în situații de criză, de a putea implica pe alții în probleme personale, de a accepta că este dependent de suportul social care la rândul său depinde de capacitățile de relaționare socială ale fiecăruia).

Factorii de presiune independenți ce apasă asupra indivizilor sunt transformați în factori de tip condițional, în marea majoritate de tip condițional „social", devenind astfel receptați ca factori stresanți.

Problematizarea, definirea și soluționarea sau gestionarea unei situații depinde în cea mai mare măsură de abilitatea persoanei de a controla și de a face față situațiilor problematizate și/ sau stresante.

Devianții, în marea lor majoritate, sunt inabili, cu o capacitate de coping deficitară (evaluare, apel, soluții directe, soluții alternative) la care se adaugă, de regulă, incapacitatea de a dezvolta strategii de corectare a efectelor negative induse de stres (încărcare cumulativă și constantă a persoanei).

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică, o analiză corectă a laturii ontogenetice sociale aduce un plus de argumentare în evaluarea capacității psihice a persoanei expertizate.

PERSPECTIVA ONTOGENETICĂ SPIRITUALĂ

Statutul ontogenic uman are o „finalitate spirituală". În cadrul modelului antropologic cuaternar, veriga spirituală este esențială și se formează și se cristalizează de-a lungul întregii existențe, fiind corelată strâns cu fundalul cultural.

Spiritualul se achiziționează progresiv şi dinamic prin educație parentală, şcolară etc. şi prin autoeducație. Implică convingeri filozofice, ideologice, religioase, reflectate în cadrul grupului prin mentalitatea şi practica comunității care la rândul ei modelează aceste convingeri în baza experienței culturale ancestrale.

Didactic și prin tradiție, latura spirituală a ontogeniei persoanei este asimilată laturii sociologice.

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică este important a recunoaște la persoana expertizată, aspectele mai importante ale laturii spirituale formate în baza ascendenței culturale, tradiționale, specifice.

SOCIOLOGIA APARTENENȚEI RELIGIOASE

Țările creştine cultivă aversiunea față de suicid. Se consideră că țările catolice au rate mai mici de suicid, dar, analizând datele epidemiologice, cele mai scăzute rate de suicid realizat (S.R.) s-au constatat în Anglia, Grecia, Portugalia, Azerbaijan, iar cele mai înalte în Ungaria, Austria, Rusia, Kazahstan, țări care, deopotrivă, au religie preponderentă atât catolică cât și ortodoxă, protestantă, musulmană (exemplu: Cehia, țară a cărei populație la ultimul recensământ s-a declarat în proporție de peste 50% atee, are o rată mică de S.R.

În România, rata cea mai înaltă de S.R. se întâlneşte în județele a căror populaţie aparține majoritar religiei catolice sau reformate.

Toate religiile monoteiste, inclusiv islamică, condamnă heteroagresivitatea, dar războaiele, torturile etc. în numele religiilor monoteiste întrec permisivitatea comportamentului agresiv al lumii antice.

În aceste condiții, sub aspectul apartenenței religioase trebuie să analizăm nu atât dogmatica religioasă, cât mai ales apartenența reală la instituția bisericească prin respectarea perceptelor.

Un alt aspect apărut în ultimele trei decenii este legat de multitudinea de secte: unele autonumite „neocreştine", satanice etc., asociate atât suicidului colectiv, mai mult sau mai puţin ritualic sau motivat delirant (mecanisme psihopatologice complexe), cât şi homicidului (mai mult sau mai puţin ritualic).

FACTORI COMUNI DE PRESIUNE ASUPRA PERSOANEI

Cursa existenţială a unui om nu este marcată doar de „evenimente". Omul trăieşte într-un mediu geoclimatic dat, într-o societate dată, marcată istoric şi cultural, fiind obligat să se adapteze, permanent, pentru a nu dispărea ca specie. Astfel, în cadrul ecosistemului uman, persoana umană este supusă continuu la presiunea mediului înconjurător care acţionează ca o „mulţime" de factori de presiune asupra tuturor oamenilor, deopotrivă. În mod normal, aceşti factori sunt comuni întregii lumi vii şi, deci, favorabili existenţei vieţii, indiferent de forma ei. Unii dintre aceşti factori pot acţiona, în anumite condiţii, ca factori de stres biologic sau ca agenţi psihostresori. Adaptabilitatea la schimbări defineşte însăşi fiinţa. Evident, adaptabilitatea este definită nu numai prin coordonate de tip sanogenic ci şi/ mai ales, prin comportament. Comportamentul este cel mai fidel marker al capacităţii de adaptare, fiind strâns legat de structurile sistemului nervos care, la rândul său, guvernează toate funcţiile definitorii ale „viului".

Factorii comuni de presiune asupra persoanei (factori ce sunt consideraţi, axiomatic, că nu ar trebui să depăşească capacitatea de adaptare a individului) pot fi clasificaţi astfel:

I. Factorii de climat şi tehnici

1. Factori bioclimatici şi geografici

2. Factori tehnici propriu-zişi

2.1. Rapiditatea dezvoltării tehnologice constituie un factor posibil psihostresor, mai ales pentru persoanele active din grupele de vârstă „de mijloc", prin mecanisme multiple de ordin social (incertitudinea locurilor de muncă, desfiinţarea unor profesii cu apariţia altora pentru care nu sunt pregătiţi sau pentru care nu pot fi competitivi, efectele fizice directe sau mediate, rapide sau temporizate asupra organismului etc), toate acestea uzând capacitatea de a

reacționa la competiție, eșec sau reactivitatea biologică. Dar, cel puțin pentru 2-3 generații măcar, până la găsirea de către societate, a unor metode sociale dinamice, specifice, adecvate și aplicabile practic, ce ar facilita antrenarea mecanismelor de coping, rapiditatea dezvoltării tehnologice poate reprezenta un factor de distres (condiție sau circumstanță) mai ales pentru categoria persoanelor al căror status intelectual nu le permite accesul la ocupații înalt specializate și care, în același timp, nu găsesc locuri de muncă adaptate unei capacități medii.

2.2. Dezvoltarea comunicațiilor este implicată atât prin riscul secundar de expunere la cauze de morți nenaturale, cât și prin pressing-ul informațional care acționează polivalent.

Reținem, sub acest aspect, factorii nocivi fizici care derivă din dezvoltarea comunicațiilor (de ex., studii numeroase au considerat asociația directă dintre răspunsurile emoționale și cognitive la frecvențe specifice electromagnetice și relațiile dintre agresivitate și frecvența și intensitatea câmpurilor electromagnetice). Mai mult, dezvoltarea comunicațiilor pe sistemul radio-telefonie – poșta etc., ultrasofisticate în prezent (e-mail, internet, rețele de socializare) deși, aparent, lasă impresia unor relații umane extinse, durabile, contribuie la izolare, prin alimentarea comodității cu consecința evitării contactelor directe dintre oameni sau microgrupuri. La aceste aspecte se asociază și „învățarea" prin site-uri (exemplu: sunt mult prea multe site-uri care descriu, în amănunt, metode de suicid, metode de fabricare a „obiectelor" uzitate în omor, sau care pur și simplu invită la suicid sau omor). Numeroasele producții cinematografice și TV (chiar și de tip „desene animate" sau emisiuni informative) se definesc constant prin propagarea violenței.

Expunerea la violență, de la o vârstă fragedă, conduce, prin mecanisme similare celor expuse în studiul vizând agresivitatea și structurile militare, la comportament agresiv datorat, inițial, învățării și apoi, prin mecanisme mixte, la exacerbarea repetitivă a agresivității, în mod deosebit a heteroagresivității.

2.3. Explozia informațională reprezintă de asemenea un factor de distres care alimentează sentimentul de teamă, de eșec, exacerbează competitivitatea, creează dileme conceptuale, ideologice etc., aspecte implicate în condiționarea devianței.

2.4. Dezvoltarea industrială atrage dupa sine modificări detrimentale ale ecosistemelor biologice cu efecte negative asupra posibilității reale de adaptare biologică a omului – apar perturbări ale

comportamentului. Anumite substanțe chimice anorganice pot deveni, mai ales prin compuşii lor, elemente de risc în producerea sau exprimarea clinică a unor tulburări comportamentale printre care şi comportamentul depresiv-autolitic și clastic-heteroagresiv. Printre substanțele incriminate sunt mai cunoscute: compușii organici ai mercurului (asociat creșterii ratei de suicid), plumbul (implicat în mecanismele biologice ale diferitelor tulburări de comportament). Sursele de intoxicație cu plumb sunt apa (țevi de apă de ceramică smălțuite), insecticidele, diferite vopsele, gazele de eşapament ale motoarelor care folosesc carburanți cu cifră octanică mare. Alte elemente, precum cupru, cadmiu, seleniu, sunt implicate indirect în modificarea comportamentului prin asocierea lor patologiei vasculare iar altele, precum poluanții metalici majori Hg, Pb şi Cd sunt implicați atât în modificările de comportament, cât şi în boli somatice care prin ele ca atare sau prin diferite alte mecanisme sunt asociate modificărilor de personalitate.

Studii actuale evidențiază asocierea tulburărilor de personalitate ale bolilor imunitare şi somatice grave cu expunerea la metale care au tendință mare de a forma combinații covalente şi coordinative cu liganzii biologici. Cercetătorii consideră că din geociclurile naturale, elementele chimice devin disponibile ciclurilor biologice şi pătrund în circuitul alimentar prin intermediul activității metabolice a microorganismelor. Geociclul este influențat de activități umane care furnizează continuu noi surse de elemente toxice care devin accesibile biociclurilor. Datorită interacțiunii cu proteinele, metalele grele exercită acțiune puternic inhibitoare asupra sistemelor enzimatice. Efectele sunt dificil de controlat, mecanismele de feed-back la nivel molecular-enzimatic fiind deosebit de complexe. În prezent se fac numeroase studii privind asocierea comportament – activitate enzimatică.

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică, aprecierea corectă a celor expuse este deosebit de important în aprecierea capacității psihice mai ales a minorilor sau în cazurile civile (în analiza capacității psihice de decizie).

II. Factorii macroeconomici – financiari au valoare la nivel individual (lipsuri, insatisfacții, pierderi, calitatea vieții). La nivel de grup se iau în considerare grupurile marginale, grupurile tip „*gang*", asocierile de tip „crimă organizată". De reținut că aceşti factori

constituie cea mai frecventă motivație care stă la baza mecanismelor de apărare ale infractorilor expertizați. Intervine necesitatea de a diferenția valoarea reală de stres, de cea de apărare aflată uneori în aria simulării.

III. Factori religioşi. Apartenența sau nu la o religie sau alta este un marker socio-cultural care se ia în considerare în examinarea psihiatrică, în vederea orientării cu privire la un grup de valori specifice la care aderă pacientul. Aspectul este discutabil, prin prisma aderării afirmate, a aderării practicante, a bigotismului sau a patologiei psihiatrice cu ideație delirantă mistică. Aderarea la „ateism" este tot o apartenență la un cumul de valori. Constatăm că majoritatea studiilor analizează valorile religioase mai mult în legătură cu suicidul (mai ales cu suicidul ritual – încât poate apare și ca o exagerare în sprijinul unui rit sau altul, mai ales în condițiile de exacerbare a activității de prozelitism) în detrimentul cercetării unei eventuale relații și cu comportamentul homicidar sau al altui tip de devianță.

CALITATEA VIEȚII

Amploarea problemelor ridicate de boala cronică sunt în funcție de exigențele situației la boală și reacțiile indivizilor la un astfel de eveniment. Sănătatea nu poate fi măsurată direct; „obiectele" și evenimentele folosite pentru a indica nivelul sănătății unei persoane sunt de foarte multe feluri, mergând de la o tumoră analizată într-un laborator până la exprimarea sentimentelor personale.

În general, starea de sănătate a fost analizată și măsurată în termeni de supraviețuire și absență a bolii dar, în ultimii ani există tendința de a măsura capacitatea persoanei de a avea performanțe în activitățile zilnice și în relație cu starea de bine socială și emoțională, cu calitatea vieții. Măsurătorile sunt influențate (și influențează la rândul lor) de modul în care este gândită sănătatea. Îmbolnăvirea fizică și invaliditatea pot avea efecte extinse asupra adaptării la muncă, la activitățile din timpul liber sau asupra vieții de familie.

Bolnavii diferă din punctul de vedere al capacității lor de adaptare socială: o parte se descurcă bine, dar unii dezvoltă handicapuri sociale disproporționate față de gravitatea îmbolnăvirii. Alții găsesc avantaje în îmbolnăvirea fizică. Măsurătorile sănătății

subiective (sănătatea așa cum este percepută de individ) pot fi grupate în trei categorii:

• cele care se raportează la sentimentul general de stare de bine;

• cele care înregistrează simptomele așa cum sunt percepute și raportate de către bolnav;

• cele care vizează capacitatea unei persoane de a funcționa.

• Suma celor trei categorii desemnează, de fapt, calitatea vieții în situația critică de boală.

• Măsurătorile au o serie de avantaje:

• amplifică datele obținute prin morbiditate și mortalitate axându-se pe calitatea și nu pe cantitatea supraviețuirii (oferă informații despre necesarul de asistență medicală și pot reflecta aspectele pozitive ale unei stări de sănătate, implicit a calității vieții);

• pot oferi o modalitate prin care pacienții se pot face auziți (se deosebesc de datele obținute de către medic, prin anamneză, prin faptul că sunt standardizate și permit obținerea unui scor pentru fiecare individ în parte).

Asociația Mondială de Psihiatrie – WPA – recomandă un nou sistem multiaxial (care nu diferă semnificativ față de actualul DSM), una din axe prevăzând aprecierea calității vieții pe o scară de notare de la 1 la 10.

ASPECTE CRIMINOLOGICE

Au fost punctate câteva aspecte sociologice mai fezabile, teoretic, unei abordări științifice a expertizei medico-legale psihiatrice cu scopul de evidenția și argumentele necesare explicării necesității solicitărilor anchetelor sociale.

La granița dintre sociologie și psihiatrie întâlnim criminologia, ca ramură a sociologiei sau ca știință de sine stătătoare. Criminologia este un domeniu interdisciplinar și nenormativ; reprezintă discursul cu privire la crimă, știința crimei.

Criminologia se împarte în criminologie fundamentală și criminologie aplicativă.

Criminologia fundamentală încearcă să înțeleagă fenomenul criminal (înțelegerea fenomenului criminal reprezintă o condiție esențială pentru o acțiune eficientă asupra acestuia) și studiază crima, criminalul, criminalitatea.

Criminologia aplicativă studiază practica anticriminală. Cunoaşterea criminologică este descriptivă, cauzală, dinamică, axiologică. Teoriile moderne cauzale sunt psihobiologice, psihosociale, psihomorale. Teoriile noncauzale vizează trecerea la act ca prelungire a explicaţiilor (modele particulare de trecere la act); sunt teorii dinamice (teoria reţinerii, teoria strategică).

Metodele de studiu în criminologie:

- Statistice, de studiu al biografiei criminale, de urmărire a evoluţiei crimei de la o perioadă la alta,
- Metode psihometrice de studiu a personalităţii delicventului,
- Metode clinice privind rolul personalitatii si al factorilor de risc,
- Metode sociologice (ex. rolul densităţii populaţiei, influenţa mass media)
- Metode etiologice.

Într-o altă clasificare, se diferenţiază criminologia generală şi criminologia clinică.

Psihiatria medico-legală este mai mult decât criminologia clinică. În prezent este acceptată concepţia criminologiei dinamice (criminologia actului).

Criminologia actului reuneşte explicaţii de tip noncauzal al fenomenului criminal. A fost fondată de E. De Greef prin documentul numit „Raport asupra criminogenezei", în anul 1950 (deşi primele explicaţii de gen au apărut încă din anii '30), la Congresul Internaţional de Criminologie de la Paris, congres la care s-a elaborat o adevărată teorie asupra proceselor de trecere la act.

Se defineşte ca ramură a criminologiei teoretice care se ocupă cu studierea fenomenului criminal, din punctul de vedere al mecanismelor şi al proceselor care însoţesc trecerea la act. Teoretic şi doctrinar, la originea explicaţiilor noncauzale se află concepţia utilitaristă a şcolii clasice de drept penal. Teoriile criminologiei dinamice au apărut în contextul formulării primelor explicaţii cu privire la trecerea la act, care aparţin criminologilor preocupaţi de etiologie şi pentru care trecerea la act reprezintă o prelungire a unor explicaţii cauzale. Adevăratele teorii privind trecerea la act sunt noncauzale şi se grupează în grupa teoriilor dinamice.

S-au conceput mai multe modele de trecere la actul criminal (ca prelungire a explicațiilor teoretice), dintre care amintim pe cele mai importante:

I. Modelul arborelui este un model general și a fost propus de sociologul Albert Cohen. Modelul ar reprezenta „un sistem de propuneri aplicabile numeroaselor varietăți de devianță" (americanii înțeleg devianța în sens foarte larg). Modelul este construit pe două niveluri și are următoarele trăsături principale:

1. Un nivel psihologic bazat pe concepte motivaționale și un nivel sociologic. Teoriile exacerbează rolul autorului sau rolul situației sau a conjuncției dintre variabilele autorului (autorul fiind definit actor) și variabilele situației.

2. Interacțiunea dintre autor și situație reprezintă un episod unic.

3. Devianța este un proces de interacțiune iar actul deviant se dezvoltă în etape.

• Primul pas – persoana urmărește un scop, un interes, drept care se îndreaptă spre o anumită direcție, deviant sau nu;

• Pasul 2 – persoana poate alege între 2 sau mai multe direcții posibile, alegere nedeterminată de punctul de plecare. Alegerea va depinde de autor, de situație și de factorul timp (momentul precis al acțiunii). Pe parcurs pot să apară modificări care să încurajeze actul sau să-l împiedice.

Practic, aceste teorii consideră actul criminal ca o succesiune: tentativa, tatonarea terenului, direcționare pe trasee diverse deviante sau nondeviante (direcția acestor trasee putând fi modificată în orice moment din considerente diverse, care pot ține de autor, de situație sau de ambele). Procesul de tatonare nu este niciodată determinat în întregime de trecut.

II. Modele particulare de trecere la act:

1. *Modelul Etienne de Greef*

Procedeul criminogen trebuie raportat doar la actul grav; se descrie trecerea la act așa cum este trăită de subiect (agent, autor); este un model subiectiv.

Delincvenții parcurg trei etape:

Prima etapă – etapa „asentimentului ineficace", caracterizată prin faptul că „trăirile subterane" (elemente inconștiente) ce tind spre crimă apar spontan în zona conștientului; apare ideea „dispariției"

eventualei victime. Aceasta idee poate fi declanșată de stimuli exteriori sau interior, multipli, de natură diversă. Această etapă se poate întâlni, teoretic, în viața oricărui individ. Omul, sub influența unor factori protectivi morali/ afectivi poate elimina ideea criminală. Viitorul criminal va trece în a doua etapă.

Etapa a doua este etapa „asentimentului formulat"; este o etapă contradictorie deoarece:

• deși impulsurile inconștiente nu au dispărut, există o dominantă categorică a conștientului; viitorul criminal acceptă ideea că o anumită persoană trebuie să dispară, dar se dă o luptă între dorința ca acea persoana să dispară fără contribuția sa și ideea că ar putea contribui la această dispariție;

• ideea se conturează lent; greșelile victimei sunt exacerbate și apar motive „logice", „nobile";

• există o rezistență interioară de a se situa în afara normelor sociale care cedează progresiv; uneori, un eveniment accidental (circumstanță – ex. beția) declanșează actul criminal chiar și în această etapă (crima va fi comisă cu pregătire deficitară, cu deficit de precauții).

Etapa a treia:

• dispariția este decisă;

• principiul morții (al uciderii) este admis; este acceptat și riscul de a ucide. Labilitatea emoțională, starea de tensiune este maximă, ideația este invadată obsedant de starea de necesitate; apare explozia, realizarea crimei urmată de liniștire (dispare starea de tensiune). Uneori, un eveniment poate împiedica uciderea, dar nu se rezolvă tensiunea intrapsihică dată de necesitatea de a ucide. Un fapt minor favorizează comiterea crimei și eliberarea din starea de tensiune iar trecerea la act este rezultatul unei lupte între motive/ mobiluri ce poate fi, uneori, stimulată de factori exterior. Alteori drumul spre crimă poate fi îngreunat de alți factori externi. Un rol important în trecerea la act îl au structura caracterială, profilul moral.

Uneori, procesul de trecere la act se poate face înainte de cristalizarea ideii – deciziei și în acest caz realizarea uciderii este defectuos pregătită iar crima poate eșua sau poate fi comisă impropriu.

Există și acte criminale care nu se pliază pe această schemă prin neparcurgerea vreunei etape, caz în care crima se comite cu mare ușurință.

Cu cât crima este comisă cu mai multă ușurință, ca un fapt obișnuit, lipsit de gravitate, cu atât criminalul este mai periculos.

2. *Modelul J. Pinatel*

Este considerat model obiectiv (observatorul analizează din afară „dinamica personalității agentului"). Trecerea la act este expicată prin acțiunea corelată a patru trăsături esențiale care ar alcătui „personalitatea criminală", respectiv:

1. egocentrismul care îi asigură autolegitimitatea subiectivă cu consecința convingerii că nu va fi marginalizat/ acuzat de către societate;

2. labilitatea (astfel nu va fi împiedicat de amenințarea cu pedeapsa);

3. agresivitatea – care îl va ajuta să nu se împiedice de obstacole;

4. indiferentismul afectiv;

Crimele – actele neconforme cu normele sociale, sunt frecvent comise de către persoane care nu au intenția de a acționa în acest sens.

III. Teoriile dinamice

Aceste teorii explică actul criminal în sine, în afara oricărei referiri la trecutul infractorului și nu sunt prelungiri ale explicațiilor etiologice. Sunt numite teorii principale ale trecerii la actul criminal.

1. *Teoria reținerii* (numită și teorie noncauzală) caracterizată prin următoarele:

• Ipoteză: există o structură socială externă de reținere și un tampon interior care asigură mijloace de apărare împotriva comportamentului deviant;

• Rețineri externe: există limite și responsabilități rezonabile pentru fiecare individ, oportunități pentru dobândirea unui statut social de către fiecare individ; coeziune socială. Mai sunt incluse în această categorie camaraderia, sentimentul de apartenență la grup, existența unui set de alternative pentru obținerea de satisfacții sociale/ materiale.

• Rețineri interne: imagine favorabilă despre sine, scopuri și obiective în viață, toleranță crescută la frustrații, principii etico-morale puternice, dezvoltare bună, armonioasă a eului și supraeului.

• Absența/ deficitul reținerilor conduc la vulnerabilizare, cu

posibilitatea ca persoana să devieze de la normă.

Această teorie acoperă doar media fenomenului criminal; nu poate explica extremele și nu este aplicabilă comunităților care au o existență cotidiană în afara legii.

2. *Teoria strategică*, elaborată de Maurice Cusson, postulează:

• Omul este un „actor care elaborează strategii, care urmărește scopuri, care atacă și se apără";

• Comportamentul reprezintă o „secvență de acte";

• Strategiile sunt „acțiuni ale omului asupra mediului sau/ și, mai ales, asupra celuilalt, mișcări de atac și de apărare, manevre de a-l influența pe celălalt, de a-l domina, de a-l constrânge, de a-l suprima";

• Crima este o strategie;

• Se diferențiază scopul (rezultatul pe care criminalul dorește să-l atingă și care este avut în vedere anterior actului) de rezultatul actului care este o consecință;

• Raționalitatea prezumă integralitatea capacității psihice de a opta pentru cea mai benefică soluție, ținând cont atât de scop cât și de constrângeri (principiul raționalității limitate);

• Conflictele determină delincventul de a decide ținând cont de acțiunile adversarilor săi;

„Analiza strategică concepe delictul ca un comportament orientat spre rezultate, având raționalitatea sa proprie, ținând cont de oportunitățile care se oferă autorului și de conduita adversarilor săi".

IV. Criminologia modernă a actului stabilește axiomatic:

• Nici o teorie nu poate fi general valabilă;

• Sunt necesare eforturi explicative corelate;

• Crima ar fi rezultatul eșecului (pe linie preventivă și de reabilitare preconizată de teoriile cauzale);

• În prezent, reprezintă „puterea" în criminologie;

• Se face apel la filozofia liberului arbitru;

• A repus în drepturi represiunea penală justificând pedeapsa;

• „Criminologia actului vehiculează o terminologie cuprinzând cuvinte cheie, indispensabile stăpânirii ei, cum ar fi: actul (comis sau omis), libertatea de alegere a persoanei (cazurile patologice ies din domeniul criminologului pentru a intra în cel al medicinei), rezultatul (ceea ce individul a obținut în mod efectiv), analiza strategică (proprie

omului, deci omului criminal) care precede acțiunii, motivațiile care vizează finalizarea actului și care aduc răspunsul la intrebarea privind scopul". (Dna Negrier-Dormont)

Practic, criminologia actului elimină criminologia clinică și lasă psihiatriei ce este al psihiatriei, de unde importanța cunoașterii și studierii fondului teoretic interdisciplinar și al noțiunii de normalitate *versus* patologie precum și importanța măsurilor medicale (prevenție – psihoprofilaxie primară, secundară și terțiară).

ASPECTE PARTICULARE SOCIO-CRIMINOLOGICE

I. Criminologia actului și ucigașul în serie

La ucigașul în serie, trecerea la act se analizează atât prin prisma teoriei lui E. De Greef cât și prin prisma teoriei lui J. Pinatel:

1. Mecanisme psihice repetitive: fantasma este originalul iar victimele câte o copie a originalului;

2. Tendința la perfecțiune conduce la apariția, cu fiecare crimă, a noi elemente;

3. Modul de operare, la același autor, prezintă particularități de la o ucidere la alta;

4. Model de trecere la act ca model de operare:

a) Pregătirile – prima etapă: ucigașul achiziționează sau verifică instrumentele necesare, locul; prospectează terenul etc.

b) Pânda – a doua etapă: ucigașul își caută victima; deoarece alegerea nu este întâmplătoare (victima trebuie să corespundă unui tipar prestabilit în funcție de fantasme), nici căutarea nu este întâmplătoare; ucigașul caută locuri cu cea mai mare șansă să găsească tiparul său;

c) Torturarea – etapă întâmplătoare pentru realizarea fantasmelor sexuale și a satisfacerii nevoii de putere, de dominare și control;

d) Suprimarea vieții victimei – este punctul culminant al trecerii la act și al realizării fantasmelor;

e) Postfactum:

- prelevarea de trofee și părți ale victimei;
- organizarea scenei crimei (ștergerea urmelor, regizarea de scene terifiante, în scopul de a îngrozi și de a obține recunoaștere publică);

• comportament specific în cursul anchetei (din afara acesteia) ca prelungire a necesităților perverse și a nevoii de mediatizare dublată de necesitatea de a nu fi identificat.

II. Industria de violență (mediatizare excesivă și detaliată, creații artistice, pornografia violentă) este implicată în crearea de modele false, antisociale.

III. Grupurile marginale

Grupul marginal este o grupare de persoane, organizată, puternică sau slabă, care se recunoaște prin acceptarea unor valori și norme generale, obligatorii, socio-culturale și prin participarea la realizarea lor și la viața socială. Cu cât mai puternic este împărțită o societate în domenii relativ independente unul față de altul, ca orientare și acțiune cu atât mai mare este șansa organizării unor grupe marginale parțiale. Grupurile marginale, respectiv apartenența la ele, se sprijină pe apariția unor deficiențe sociale, pe întreruperea sau regresul proce-selor de socializare sau integrare, pe contacte culturale nefericite.

În activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică este importantă cunoașterea psihosociologiei grupurilor marginale, în primul rând în vederea aprecierii corecte a normalității în raport cu particularitățile individuale și a cutumelor specifice; se apreciază, astfel, mai corect funcțiile psihice (în mod deosebit gândirea și voința) și implicit capacitatea psihică.

În practică ne lovim frecvent de grupuri marginale infractogene care au specificități relaționate cu o multitudine de factori.

IV. Izolatele umane

Izolatul uman este un grup de persoane constituit pe criterii variate (unele independente de voința membrilor grupului) cu o viață socială ce se derulează ca un „sistem închis" cu norme/ cutume stricte și cu relații în afara grupului absente sau foarte restrânse (ex. anumite triburi, Amish etc.). Studii pe grupuri izolate au arătat că la nivelul acestora se întâlnește o prevalență crescută de: boli digestive, boli hepatice, boli venerice, tuberculoza, alcoolismul, agresivitatea, suicidul și – paradoxal – alexitimia.

Grupurile umane semiizolate sunt tributare, mai mult, unor condiții geografice particulare, minorităților entice mai puțin integrate socio-cultural, asociații religioase etc.

Secta reprezintă o comunitate religioasă desprinsă de biserica oficială respectivă; poate exista ca grup (închis) alcătuit din adepții unei doctrine (filozofice sau politice). De cele mai multe ori, sectele sunt expresia unei disidențe sociale. Ele urmăresc să răspunda unor nevoi, fie individuale, fie de grup, care sunt resimțite ca păreri impuse de o societate sau de către sistemul religios dominant. Există, de asemenea, secte desprinse din alte secte. Nu orice sectă postulează abatere de la normă.

Pentru expertiza medico-legală psihiatrică este importantă cunoașterea caracteristicilor psihosociale de grup cu potențial infractogen – victimologic.

O sectă poate fi caracterizată și prin:

• devotament sau o dedicare exagerată față de o persoană, o idee sau un obiect;

• folosirea unor tehnici de manipulare și control neetice, în scopul atingerii scopurilor conducătorilor de grup, în defavoarea membrilor, a familiilor lor sau a comunității; aceste tehnici de control includ izolarea de prieteni și membrii de familie, debilitarea;

• folosirea unor metode pentru a mări sugestibilitatea și supunerea, controlul informațiilor, anularea individualității sau a judecății critice, promovarea dependenței față de grup și teama de a-l abandona, etc.

În România funcționează peste 350 de secte. Pe fondul frustrărilor generate de tranziție, propovăduitorii unor noi pseudoreligii găsesc teren fertil.

Din punctul de vedere al activității de expertiză medico-legală psihiatrică ne interesează câteva aspecte:

1. Atragerea minorilor și a persoanelor vulnerabile prin patologie psihiatrică;

2. Consecințele psihiatrice asupra persoanelor vulnerabile;

3. Manifestările grupului ce poate să apară amprentat „patologic";

4. Modalitățile de catarsis ale grupului, „isteria colectivă" specifică, aptă de a declanșa comportamente antisociale; isteria ia naștere la un anumit individ și se transmite la întregul grup, putând fi interpretată drept semn al manifestării supranaturalului. În cadrul

sectei contagiunea este foarte accentuată, așa încât comportamentele unui membru se pot transmite colectivității;

5. Sinuciderile colective. Dacă cele expuse la pct. 1-4 pot fi considerate „bizarerii" în limitele largi ale normalului, sinuciderile colective reprezintă o plagă socială. În prezent, secte cunoscute ca având adepți și în România (sau din rândurile românilor plecați la muncă în străinătate) și care s-au făcut responsabile (în alte țări) de sinucideri colective sunt „Templul Popoarelor", și „Templul Soarelui". O mare parte din decizia sinucigașă se datorează liderului care reușește într-un timp extrem de scurt să inoculeze adepților justețea actului sinucigaș (practic, Jones și-a convins adepții în 2 ore!). Nu este vorba de sinucideri clasice, care constituie finalizarea unei trăiri depresive accentuate, deoarece îmbracă semnificații sacrificiale. Astfel, adepții lui Jim Jones sau Luc Jouret și-au pus capăt vieții pentru a ajunge la unirea cu divinitatea, care în cazul sectei „Templul Soarelui" este o cometă.

6. Devianța comportamentală practicată în cadrul sectelor: consum de droguri/ alcool, sexualitatea, violența, agresivitatea – omoruri, sinucideri individuale, escrocherii, furturi etc.

7. Exploatarea persoanelor (ex. în cadrul pseudoashramurilor).

Expertiza medico-legală psihiatrică este un act științific inter-disciplinar care necesită o procesare a informațiilor din perspective multiple care să acopere posibilitățile analizei comportamentului/ capacității psihice, la un moment dat a persoanei, entitate cu ontogenie multiplă. Analiza se efectuează pornind de la modele teoretice.

Expertul are datoria de a menționa teoria în baza căreia a stabilit coordonatele raționamentului pentru a ajunge la o concluzie cu maximum posibil de obiectivitate științifică. Noțiunile sociologice și criminologice prezentate au scopul de a demonstra necesitatea studierii dosarului cauzei și a solicitării unei anchete sociale pertinente. În același timp, oferă informațiile necesare în baza cărora expertul poate formula informații suplimentare și poate solicita o anchetă socială punctuală.

Redăm un caz în care ancheta socială efectuată conform solicitărilor a reprezentat cheia definitivării unei expertize „pe acte", cu maximum posibil de obiectivitate științifică.

PREZENTARE DE CAZ:

A. Date probatorii:

A1. Testatoare: Născută – la 30.08.1928 în judetul I. Migrată – în București. Văduvă, fără moștenitori rezervatari

Ultimul domiciliu stabil – județ X. Deces – 22.08.2002 (74 de ani)

A2. 5.09.1990– Testament autentic în favoarea unor nepoți domiciliați în București

14 iulie 2002 – Ajunge în vizită la X, la o soră; 14.08. 2002 – Examinată la X de către un medic psihiatru;

14.08. 2002 – La X semnează un testament în favoarea surorii la care se află în vizită – fără a preciza revocarea celui anterior, fără examinare prealabilă medico-legală psihiatrică; 22 august 2002 – decedează la domiciliul surorii la care se află în vizită.

A3. Nepoții din București contestă testamentul semnat la data de 14 august 2002 cu motive: Absența capacității psihice de exercițiu; îngrijire și contribuție la întreținere; îmbunătățirea, repararea și întreținerea locuinței din județul I; – Manipulată – luată cu forța la X.; Perioada mică de timp între semnarea testamentului și deces; ***Ancheta socială efectuată conform solicitărilor a reprezentat cheia definitivării unei expertize „pe acte" cu maximum posibil de obiectivitate științifică.***

A4. Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică SMLJ –I: Concluzii: Analizând întreaga documentație înaintată, comisia apreciază că nu există date medicale cu valoare criteriologică medico-legală psihiatrică (datele medicale și probatorii fiind contradictorii) pentru a stabili capacitatea psihică de apreciere critică asupra conținutului și consecințelor social-juridice care decurg din actul civil unilateral (testament) încheiat la data de 14.08.2002 de către (....).

A5. Instanța respinge acțiunea reclamanților. Cauza se judecă în apel. Se solicită noua expertiză medico-legală psihiatrică la recomandarea comisiei de avizare și control de pe lânga INML.

B. Noua expertiză medico-legală în același caz, consemnează:

B1a. Aprecieri medicale din acte:

• Era suferindă de numeroase afecțiuni somatice (cardiace, bronhopulmonare, hepatice);

• Fondul vascular apare evident;

• Patologia vasculară implică modificarea organică a personalității;

• Patologia bronhopulmonară menționată implică simptome de tip anxietate/angoasă.;

Cumulând aceste aspecte cu vârsta, se constată existența unui sindrom psihoorganic implicit care este susținut și de menționarea unor tulburări timice, precum și de declarațiile martorilor din județul Y (care o cunoșteau!!); Martorii descriu tulburări mnezice caracteristice fondului vascular și involuntiv, evidențiate periodic. Din datele medicale primare consemnate în județul I nu se poate reconstitui o diferență între denivelarea în limitele vârstei (care nu implică automat absența capacității psihice de exercițiu) de un sindrom psihoorganic deteriorativ; În absența unei anchete sociale punctuale, nu ne putem pronunța asupra gradului de severitate a acestora.

B1b. Declarația medicului psihiatru de la X apare concludentă: Bolnavă era dezorientată spațial și prezenta idei de prejudiciu material și moral (a fost luată de cineva de la X, dusă la București unde a fost înfometată pentru a i se lua casa). Ideile de prejudiciu, nemenționate anterior ca și dezorientarea spațială apar ca fiind developate (fondul fiind preexistent), la schimbarea habitatului. În consecință, pentru data examinării psihatrice de la X, s-ar putea reconstitui un sindrom psihoorganic deteriorativ (deteriorare probabil incipientă, corespunzătoare unei demențe mixte în fază de debut). Simptomatologia descrisă implică deficit de manifestare cu liberă voință, bolnava fiind ușor de influențat și de manipulat. Totuși medicul psihiatru apreciază „persoana prezentată era sănătoasă, având discernământul actelor sale la momentul vizitei, cu excepția unei stări depresive reactive".

B1c. Alte considerații: Bolnava trebuia examinată de o comisie medico-legală psihiatrică condusă de un medic primar legist, în componența căreia intră și doi medici psihiatri. Doar o astfel de comisie are competența de a se pronunța asupra discernământului (normă a cărei necesitate se impune prin concluziile medicului psihiatru examinator). Medicul psihiatru nu a știut că pacienta este domiciliată în București și aflată în vizită la X (nu i s-a spus). Dacă sora sa dorea s-o rețină la X definitiv pentru a o îngriji, trebuia:

a) Să ia documenția medicală de la medicul de familie din I, s-o înscrie la un medic de familie din X.

b) Să obțină o adeverință medicală a medicului de familie din X și să comunice faptul medicului psihiatru.

Actul ar apare astfel benefic testatoarei

În cazul că sora sa nu dorea s-o întrețină la X:

a) Noul act civil apare ca nefiind benefic propriilor interese;

b) Sora bolnavei trebuia să comunice situația medicului examinator;

d) Diagnosticele de pe certificatul constatator al decesului apar incomplete deoarece sora bolnavei nu a comunicat medicului sau nu a știut ce să comunice.

A decedat după 8 zile de la întocmirea actului.

B1d. Se solicită anchetă socială la ambele adrese (I. si T.) care să descrie comportamentul interrelațional al testatoarei în perioada iulie 2002 – august 2002. Ancheta socială nu se primește. Se încheie lucrarea fără ancheta socială, concluziile fiind mai mult intuitive și formulate în baza conținutului declarației medicului psihiatru și nu a concluziilor sale.

B1e. Concluziile raportului de nouă expertiză medico-legală psihiatrică. Pacienta prezenta la data de 14.08.2002 sindrom psihoorganic mixt pe fond somatic (inclusiv vascular) și involutiv. Aceasta nu avea capacitate de apreciere critică asupra conținutului și mai ales asupra consecințelor juridice ce pot decurge din actul încheiat, neavând capacitate psihică de exercițiu (discernământ abolit).

B1f. Comisia de avizare și control de pe lângă INML respinge conculziile raportului de nouă expertiză medico-legală psihiatrică, cu motivația: În efectuarea expertizelor medico-legale psihiatrice, ancheta socială (competent efectuată) este un element fundamental al metodologiei expertale.

Ca urmare, se recomandă completarea noii expertize cu punerea la dispoziție a unei anchete sociale complete, care poate aduce sau nu elemente suplimentare cu valoare criteriologică în evaluarea capacității psihice a unei persoane într-un anumit moment al vieții iar după efectuarea noului raport completat se va aviza.

Se reînregistrează lucrarea. Se primește o anchetă socială efectuată la Y în care se specifică doar că pacienta era bine îngrijită de către nepoții cărora le testase casa în anul 2000. Se primește o anchetă

socială efectuată în baza interviului luat doar surorii beneficiare a ultimului testament care afirmă că era perfect normală.

Nu se efectuează lucrarea cu motivația că, comisia de avizare a dispus completarea în baza anchetelor sociale solicitate anterior și neprimite. Cele două anchete sociale practic nu sunt anchete sociale deoarece nu răspund solicitărilor punctuale. Sunt absurde, fiind intervievate părțile, nu se descrie comportamentul.

Se primesc două anchete sociale – I și X – care corespund cerințelor inițiale ale comisiei;

a) Nepoată a defunctei.... „În toată perioada de ședere în T. Am vizitat-o de 3 ori, constatând că starea de sănătate era din ce în ce mai alertă... Nu conștientiza că se afla la sora ei în T., iar în alte momente declara că a venit să se trateze la un... intelgibil... Și a intrat pe poarta mare. Avea și momente de luciditate, dacă o pot numi așa, dar destul de rare din cât mi-am putut da seama din discuțiile purtate cu dumneaei. Cele 3 vizite pe care i le-am făcut au fost pe parcursul unei luni de zile iulie–august..."

b) Altă nepoată: „A fost adusă de mama mea,... la insistențele ei repetate și disperate, ca o ultima soluție de supraviețuire, nu mai putea să se îngrijească singură. Când a fost adusă... era foarte slăbită, abia se ținea pe picioare. A fost luată în evidență de medicul de familie... care o vizita săptămânal, fiind îngrijorată de starea în care se afla. Era perfect lucidă, știa ce vrea și ne spunea mereu că nu mai vrea să audă de nepoții ei din București și nici după moarte să nu mai fie adusă înapoi..., unde avea loc de veci".

c) Altă nepoată din X: A. „Mergeam să o vizitez la câteva zile... uneori avea momente când nu știa unde se află și uita anumite lucruri, după care își revenea și discutam normal." B. „Când a fost adusă la X, la domiciliul surorii sale, nu a recunoscut unde se află și i-a spus surorii să o ducă la T, cu toate că dânsa se afla la Tulcea".

În baza noilor rapoarte de anchetă socială, întocmite corect și oferind răspunsuri la întrebările punctuale ale comisiei, s-a apreciat absența competenței de a întocmi acte de dispoziție în perioada în care se afla în orasul X. Mărturiile semnificative au fost date chiar de către familia beneficiarei testamentului contestat.

CAPACITATEA PSIHICĂ. TEORIA DISCERNĂMÂNTULUI

Dan Prelipceanu

Premiza teoretică a demersului criminologiei clinice (psihiatriei judiciare) – cauzele devianței sunt de natură antropologică (medicală, psihologică) și sociologică.

Devianța (concept sociologic) ia naștere în urma interacțiunii dintre personalitate și mediul ei de existență (grupul social, familia, societatea cu particularitățile ei economice, cultural-educaționale etc.). Personalitatea făptuitorului devine astfel extrem de importantă prin particularitățile sale biologice și eventualele manifestări psihopatologice → devianță.

Psihiatria judiciară (criminologie clinică) este prin definiție un domeniu interdisciplinar. Justiția apelează la psihopatologie și nosologia psihiatrică pentru a proba responsabilitatea sau iresponsabilitatea.

Obiectul Psihiatriei Judiciare (expertiza medico-legală psihiatrică):

Normalitatea psihică *vs* anormalitatea (tulburarea psihică)... →... care alterează capacitatea de exercițiu (capacități specifice, drepturi civile) sau implică devianța infracțională psihopatologică (delincvența psihopatologică) → comportament dezadaptat antisocial, care cade sub incidența legii.

Obiectul Psihiatriei Judiciare în sens larg:

Persoana normală (sănătoasă)/ anormală psihic (bolnavă) asupra căreia instituții și instrumente ale statului de drept focalizează un dispozitiv normativ (juridic, legiferat) de evaluare în vederea

stabilirii adevărului, a unui raport de cauzalitate sau respectării unor drepturi civile.

Obiectivul principal al PJ este „nevoia de a da conținut paradigmei judiciare a iresponsabilității, ori de câte ori fapta apare ca un simptom de boală mintală (**alienație mintală** conform legislației românești)" (Dragomirescu, 2002).

Scopul Psihiatriei Judiciare:

• evaluarea clinică, paraclinică în contextul situației investigate sau al faptei antisociale, așa cum reiese din dosarul cauzei;

• argumentarea unei concluzii care să răspundă obiectivelor expertizei;

• recomandarea unor soluții medico-legale adecvate obiectivelor expertizei.

Alienația mentală

Reprezintă o modalitate psihopatologică de înstrăinare a comunicării interumane prin adoptarea unui comportament lipsit de autoreflectare și autocontrol ce poate culmina prin lezarea a tot ceea ce norma socială promovează ca valori supreme (viața umană și ordinea socială).

Noțiunea juridică de „alienație mentală" (menționată de art. 48 c.p.) și „alienație mentală și debilitate mentală" (art. 9 c. fam.) în accepțiunea psihiatrică actuală, reprezintă condiții ce nu sunt întrunite într-o stare psihopatologică, întrucât nu orice afectare de natură psihopatologică antrenează în mod necesar pierderea capacitații de autoreflectare și autocontrol.

Algoritmul raționamentului expertizei medico-legale psihiatrice:

Diagnostic Medico-Legal → Discernământ/ Competență → Măsuri Medicale de Siguranță implică:

• Diagnosticul medico-legal psihiatric care furnizează criteriile medicale ale aplicării discernământului;

• Recomandări ce decurg din acest diagnostic complex.Acestea sunt reprezentate de măsurile medicale de siguranță care au rolul de a contribui la diminuarea potențialului patologic infractogen al

bolnavului psihic delincvent, la prevenirea recăderilor delictuale şi implicit la protejarea societăţii.

Exonerarea de răspunderea penală a bolnavului psihic infractor face parte din tradiţia dreptului. Dreptul roman considera iresponsabili pe cei incapabili de a-şi înţelege sensul acţiunilor (*nullum habent intellecum*), categorie în care erau incluşi alături de copiii sub şapte ani şi bolnavii psihici agitaţi.

Bracton (1825), teolog şi jurist britanic, definea drept „nebun" acel om care nu ştia ce face pentru că este „lipsit de minte şi raţiune". Influenţat de dreptul roman, el introduce în legislaţia engleză conceptul de *„mens rea"* care va deveni mai târziu obligatoriu în calificarea juridică a crimei şi care semnifică obligativitatea intenţiei în comiterea unei crime.

De la *mens rea* la responsabilitate

Integritatea funcţională a psihismului (conştiinţei, capacităţii de a raţiona) este premisa teoretizării incapacităţii criminale a bolnavului psihic pentru care absenţa din cauză de boală a posibilităţii de a delibera şi de a percepe caracterul ilicit al acţiunii sale, îl face lipsit de discernământ, deci de responsabilitate.

Testul bine/ rău sau testul cunoaşterii (formulat în *1843 – McNaghten rules)* stipulează paşii raţionamentului medical psihiatric în analiza cauzalităţii intre diagnostic şi faptă, şi anume:

• prezumţia existenţei integrităţii mentale a oricărui individ supus unei judecăţi până la dovedirea contrariului;

• dacă apărarea se sprijină pe motivul „nebuniei" (*Insanity defense)* aceasta trebuie probată pentru momentul comiterii faptei, astfel încât suferinţa să fie cauza „nerecunoaşterii naturii şi calităţii faptei respective";

• dacă fapta a fost comisă cu păstrarea „capacităţii de a recunoaşte, acuzatul să nu ştie că ceea ce face este rău".

Regula M'N este numită astfel (*right/ wrong test* sau *cognitive test*) pentru că evidenţiază latura subiectivă a faptei (criteriu obligatoriu de definire juridică a infracţiunii), constând în existenţa abilitaţior cognitive ale făptuitorului de înţelegere şi apreciere a naturii şi calităţii faptei sale criminale, sau de cunoaştere a faptului că a comis sau comite un lucru rău.

Testul impulsului irezistibil

Este o altă formulare a apărării pe motiv de boală psihică (*insanity defense*).

Tulburarea psihică a acuzatului l-a făcut incapabil să-şi controleze comportamentul (psihoză sau tulburare de personalitate impulsivă?), indiferent dacă el cunoaşte natura şi calitatea actului său sau nu, ori dacă poate face diferenţa bine vs rău.

A fost criticat pentru că relativizează pînă la dispariţie distincţia dintre prezenţa vs absenţa CP în evaluarea discernământului, a laturii subiective a faptei (intenţie – deliberare – cunoaştere a consecinţelor şi naturii actului) prin absolutizarea comportamentului impulsiv şi impunerea acestuia. Sub scuza irezistibilităţii, orice acţiune antisocială devine scuzabilă.

Foarte puţine jurisdicţii (se pare doar două state din SUA) acceptă/ extinde eligibilitatea pentru *insanity defense* a acestui criteriu care pune semnul egal între orice comportament necontrolat criminal şi boala psihică. Combinaţia de preferat este evaluarea, în primul rând, a braţului cognitiv (absenţa CP de a aprecia caracterul ilicit al actului din motiv de boală psihică) şi, în acest context, eventual, a braţului impulsiv-voliţional (incapacitatea de a se conforma legii).

Înţelegerea **motivaţiei** este crucială pentru stabilirea discernământului din momentul faptei, deci a existenţei/ inexistenţei unei tulburări psihice de natură a-l modifica. Expertul va acorda clauza de raţionalitate în evaluarea motivaţiei faptei, chiar dacă există în fundal şi o tulburare psihică.

Ex: în cazul unui jaf al unei sume de bani în vederea procurării de droguri, depresia făptuitorului nu va fi o cauză de discernământ abolit.

Obiectivele expertizei din punct de vedere practic se concretizează în:

Evaluarea existenţei unei tulburări psihice în MOMENTULUI FAPTEI → stabilirea CAUZALITĂŢII diagnostic medico-legal – faptă → Discernământ Absent/ (Discernământ Păstrat + evaluarea BINE *vs* RĂU).

Art. 48 CP: „nu constituie infracţiune fapta prevăzută de legea penală dacă făptuitorul, în momentul săvârşirii faptei, fie din cauza

alienației mintale, fie din alte cauze, nu putea să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale sau nu putea fi stăpân pe ele".

Art. 48 se află inclus în capitolul V: „Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei" al părții generale a CP și specifică situația de iresponsabilitate ce poate înlătura caracterul penal al faptei alături de:

- *legitima apărare;*
- *starea de necesitate;*
- *beția;*
- *minoritatea făptuitorului,* etc.

Conținutul art 48 CP definește în esență noțiunea juridică de iresponsabilitate.

Devine necesară discuția despre cauzele iresponsabilității, de a o circumscrie astfel în termeni medicali, obiectivabili și traductibili în conceptele juridice (răspundere juridică, vinovăție, capacitate de exercițiu etc.).

Iresponsabilitatea

T. Vasiliu (1972)făcea referire la cauzele „iresponsabilității psiho-fizice" ca fiind de natură medicală. Acestea constau în alterarea funcțiilor psihice ale persoanei, ceea ce conduce la *„incapacitatea psiho-fizică"* de *„a înțelege și de a-și da seama de semnificația acțiunii sau inacțiunii sale și de consecițele ei".* Iresponsabilitatea este *„cauză care înlătură caracterul penal al faptei constând în aceea că făptuitorul, în momentul săvârșirii faptei, fie din cauza alienării mintale, fie din alte cauze, nu-și poate da seama de acțiunile sau inacțiunile sale ori nu poate fi stăpân pe ele".*

Capacitatea psihică (CP)

Noțiune specifică teoriei și practicii medico-legale psihiatrice care reflectă facultatea funcțiilor psihice *cognitive* (analitice, de sinteză), afective (emoții), *volitive* (impulsuri, dorințe, forță volițională) de a acționa legalmente corect și adecvat în raport cu obiectele, fenomenele și categoriile mediului înconjurător.

Capacitatea psihică (CP) este, așadar, o noțiune abstractă, ca și responsabilitatea, desemnând o proprietate a psihismului normal și caracterizând subiectul din punct de vedere al integrității și unității sale cognitive, afectiv-volitive, anticipativ-acționale, axiologice și etico-morale.

Fără să fie o funcție a psihismului în sensul psihologic al cuvântului, ea exprimă funcționalitatea psihismului în totalitatea lui și în raporurile sale complexe cu mediu. CP exprimă potențialitatea adaptativă implicită a psihismului normal constituind premisa obligatorie a responsabilității şi cadrul psihologic al discernământului.

CP este „proprietatea persoanei de a-şi alege modul valorizat social de a fi în viață, de a acționa dinamic și cu liberă voință, în funcție de modelul etico-cultural, valabil la un moment dat istoric, precum și de a-şi exprima libertatea prin comportamente adaptative la normele social-juridice" (Dragomirescu, 2002).

Capacitatea psihică exprimă potențialitatea adaptativă implicată a psihismului normal constituind premisa obligatorie a responsabilității şi cadrul psihologic al discernământului.

Capacitatea psihică reprezintă versantul sau conținutul psihologic, medical, al conceptului de responsabilitate a cărei condiție o reprezintă.

Capacitatea psihică conferă o dimensiune explicită şi un cadru concret criteriului medical al responsabilității, discernământul.

Condiția medicală a responsabilității este integritatea capacității psihice.

Capacitatea (psihică) **de exercițiu** este capacitatea psihică a persoanei de a-şi manifesta plenar drepturile şi obligațiile civile şi de a înțelege conținutul şi mai ales consecințele ce decurg din încheierea unui act civil uni – sau bilateral (Dragomirescu, 2002).

Expertiza evaluează CP a individului de a se manifesta liber, de a fi stăpîn pe propria voință, de a înțelege și accepta necesitățile, convențiile și constrângerile sociale asupra propriilor motivații pentru a fi în acord cu norma socială și sistemul normativ legiferat.

Expertiza analizează din perspectivă cauzală capacitatea persoanei de a înțelege *conținutul și consecințele negative* ce decurg din fapta sa ilicită (sau din exercitarea propriilor drepturi și obligații civile, în cauzele civile), exprimând-o prin noțiunea delimitativă de discernământ.

CP „civilă" în situații particulare este reprezentată de competențe (capacități) pentru activități specifice (în domeniul civil),

în sensul drepturilor şi obligaţiilor consecutive exercitării capacităţii de exerciţiu (noţiune juridică).

Termenul de ***competenţă*** (capacitate specifică) este utilizat uneori, în literatura engleză, interşanjabil, şi în domeniul penal, în sensul de discernământ.

Exemple de competenţe (capacităţi specifice, sectoriale)sunt: competenţa de a iniţia un proces (penal, civil) şi de a lua parte în acesta, competenţa de a depune mărturie, CP „civilă" în situaţii particulare (de a-şi exercita rolul de părinte, de a se căsători, de a divorţa, de a testa, de a face o donaţie, de a semna un contract, de a se autoîngriji, de a primi în îngrijire/ de a fi tutore, curator, de a lua decizii legate de un tratament medical (de a-l refuza/ accepta în cunoştinţă de cauză), de a participa în trialuri clinice, de a fi eutanasiat.

Competenţă vs capacitate psihică

Competenţa este un concept juridic care se referă la abilităţile funcţionale specifice (sectoriale) ale individului, ce rezidă în cunoştinţele specifice respective, convingerile şi capacitate lui de înţelegere, necesare pentru îndeplinirea sarcinii respective.

Ca urmare, **CP este definită juridic din suma mai multor competenţe specifice.**

Exemplu: CP (competenţa) de a lua decizii legate de tratament presupune existenţa a patru abilităţi de bază, care o compun (Apelbaum, 1988, Grisso, 2003):

• abilitatea de a exprima o alegere legată de tratament,

• de a înţelege informaţiile relevante pentru luarea deciziei legate de tratament,

• de a aprecia corect semnificaţia acestor informaţii pentru propria situaţie,

• de a folosi raţional informaţiile relevante într – un proces de punere în balanţă a opţiunilor terapeutice.

În legislaţia din SUA legată de internarea nevoluntară a pacientului psihic şi de a refuza tratamentul, se utilizează un interviu semi-structurat pentru evaluarea inţelegerii oportunităţii acceptării unui tratament (care nu are însă *cut-off* scoruri).

În concluzie, competenţele specifice trebuiesc evaluate ţinând cont de necesităţile definitorii ale sarcinii respective şi de perioada

imediat următoare începerii exercitării acestei sarcini. Există o variabilitate în definirea comptenţelor şi procedurile referitoare la competenţele civile în funcţie de jurisdicţie.

Individul adult se prezumă a fi competent decizional în toate situaţiile formalizate de lege.

Prezumţia de competenţă trebuie să fie anulată dacă una dintre părţi aduce dovezi clare, convingătoare că un drept fundamental este lezat prin existenţa unei suferinţe psihice de natură a afecta CP, cu referire la tratamentul medical pentru o boala somatică şi care necesită consimţământ informat făcut unui pacient competent. Tratamentul poate fi aplicat involuntar dacă pacientul este incompetent şi un substitut al acestuia ia rolul de decident în acordarea consimţământului. În majoritatea jurisdicţiilor, însă, spitalizarea nevoluntară nu presupune şi tratament nevoluntar, acesta putând fi făcut prin îndeplinirea unei proceduri separate.

Discernământul este aplicarea specifică a noţiunii generale de capacitate psihică în situaţia concretă a unei fapte imputabile care face obiectul expertizei. Cu alte cuvinte, discernamântul este capacitatea psihică raportată la un fapt medico-legal.

Aprecierea discernământului este condiţionată de caracterul de organizare motivată a faptei, de structura şi gradul de dezvoltare a personalităţii, precum şi de structura conştiinţei în momentul comiterii faptei.

Evaluarea discernământului (D) se face pe baza următoarelor criterii:

• *criterii medicale* (conştiinţă, personalitate, motivaţie, simptome cardinale/ tulburare psihică)

• *criterii juridice* (mobil, împrejurările în care s-a produs fapta, recidivă)

Aceste criterii descriu comportamentul din timpul faptei şi contextul producerii acesteia.

În majoritatea cazurilor aprecierea discernământului, criteriul medical al responsabilităţii, constituie principalul obiectiv al expertizei, aceasta constituind noţiunea centrală de care depind celelalte aprecieri ale experţilor ce constituie răspunsuri ştiinţific argumentate la întrebările (obiectivele) formulate de solicitantul expertizei.

Obiectivele expertizei medico-legale psihiatrice:

• stabilirea existenței la infractor a unei eventuale afecțiuni psihice;

• stabilirea eventualei relații cauzale dintre afecțiunea psihică și fapta comisă;

• stabilirea discernământului în raport cu fapta.

În expertiză, evaluarea D se face în 2 etape:

1. Evaluarea persoanei supuse expertizei, descrierea faptei, pentru a putea conchide asupra capacitații psihice și în consecință asupra capacității de exercițiu, în cauze civile în special;

2. Stabilirea relațiilor de cauzalitate între persoana expertizată și elementele constitutive ale faptei.

În expertiza medico-legală psihiatrică se operează *cu criterii medicale psihiatrice* (nivel de conştiinţă, personalitate, simptome, sindroame psihopatologice, diagnostic de tulburare psihică) și cu *o metodologie medico-legală* (obiectivare a diagnosticului și a conflictualității sociale din perspectiva cauzalității) (Dragomirescu, 2002).

Este necesară precizarea în baza documentației existente în dosarul penal și a examinării directe a eventualilor factori favorizanți pentru trecerea la act, de ex:(ingestia de alcool înainte de comiterea faptei, acțiunea în cadrul grupului deviant, factori bio-constituționali obiectivabili anamnestic, clinic sau paraclinic, victimologici, prejudiciu, ofensă, provocare, stare somatică, sex, frustare, vârstă, stadiu evolutiv al tulb psihice etc.).

În final se indică măsurile medicale de siguranță adecvate.

Discernământul este sinteza dintre:

Nivelul conştiinţei → Tip personalitate → Calitatea motivației → Mobilul faptei → Natura, circumstanțele faptei → Circumstanțele de declanşare a faptei → Circumstanțele de declanşare a comportamentelor care au dus la comiterea faptei, inclusiv comportamentul de după faptă → Cauzalitate → Discernământ.

Discernământ și vinovăție

Criteriul esențial de definire al vinovăției este D. deoarece infractorul prevede rezultatul faptei sale, uneori urmărește realizarea

lui, sau, deși nu urmărește rezultatul faptei, acceptă posibilitatea producerii lui. În ambele situații acționează intenționat cunoscând caracterul ilicit al faptei sale.

Criteriologie psihopatologică

Concluzia raportului medico-legal poate depinde, de multe ori, mai mult de simptom decât de diagnosticul psihiatric. Formularea diagnosticului medico-legal va integra în primul rând, psihopatologia semnificativă relevării cauzalității. Gândirea medicală a expertului (care caută articulările motivației cu faptele şi contextul) diferă de aceea a clinicianului, care vrea să ajungă doar la decizia terapeutică (fără să-l intereseze eventual contextul).

Axa I *vs* Axa II

Contextul şi motivația faptei sunt adesea mai bine relevate de *personalitate* (tulburările de personalitate, mai ales TPAS/ Psihopatia), cel puțin atunci când tulburările axei I sunt absente/ nu domină prim planul clinic. Personalitatea constituie *backgroundul* patoplastic chiar pentru o tulburare psihotică; contextul biografic, mezologic (axa IV), gradul remisiunii post-psihotice (axa V) sunt importante.

Discuțiile actuale despre conceptul de **spectru psihopatologic** şi **tulburare de spectru** relativizează acuitatea categorială a diagnosticului stabilit pe criterii, subliniind importanța abordării dimensionale (situarea pe un *continuum* normalit... anormalit... psihoză).

Coordonatele clinice ale aprecierii discernământului trebuie să ducă la o coroborare a criteriului intensității cu:

• Nivelul destructurării conştiinței în momentul comiterii faptei;

• Nivelul dezvoltării patologice sau destructurării personalității înaintea apariției tulburării (personalitatea premorbidă), în timpul manifestării clinice, cât şi după eventuala ei remitere.

Discernământul abolit decurge din afectarea parțială a nivelului elementar al conştiinței (prin perturbarea orientării auto- şi allopsihice, cu păstrarea nivelului de vigilență), situații întâlnite în:

• Nedezvoltările cognitive severe;

• Demențe;

• Destructurările grave, predominant calitative ale conştiinţei (stările disociative reactive);

• Afectarea conştiinţei operaţional-logice care poate apărea în stări psihotice sau psihoze de tipul celor două situaţii de mai jos:

1. Destructurarea calitativă a conştiinţei, de intensitate şi durată variabile (ca în sindroamele confuzionale – *delirium*, stări toxice medicamentoase, beţia complicată, stările crepusculare epileptice, disociaţiile isterice din psihozele isterice, reacţiile acute de şoc);

2. Schizofrenia paranoidă, psihozele simptomatice, în care perceperea şi interpretarea realităţii sunt distorsionate prin modalitatea halucinator-delirantă.

În psihozele delirant-halucinatorii, dat fiind că tulburarea nu afectează atât de profund şi în totalitate procesele intelectuale, perceptuale şi de gândire, subiectul mai poate păstra totuşi uneori, în afara sectorului de realitate invadat de productivitatea delirant-halucinatorie, o relativă relaţionare adecvată la mediul extern, dar limitată la aspectele neafectate de tematica delirantă.

În mod evident şi conform regulii după care nivelurile conştiinţei superioare celui în principal destructurat de nucleul psihopatologic al tulburării sunt consecutiv afectate, în toate situaţiile clinice enumerate, subiectul nu mai are aparatul logic operaţional pe care se edifică în primul rând capacitatea anticipatorie, perturbându-se concomitent opţiunea axiologică şi etico-morală.

FUNDAMENTE ȘI PARTICULARITĂȚI ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ

George Talău

INTRODUCERE

Oxford English Dictionary descrie știința medico-legală ca o disciplină mixtă.

Expresia ***forensic*** (medico-legal) derivă din latinescul *forum.* Astăzi expresia ***medico-legal*** este destinată profesioniștilor care prin munca lor răspund la întrebări utile judecătoriilor și tribunalelor prin redactarea raportului medico-legal. Mai simplu, ***forensic medicine*** poate fi definită drept acea știință care încorporează arii diferite ale medicinei ce interacționează cu legea.

Scopul medicinei legale este atât de vast, unic în medicină, încât nici un medic onest nu poate avea măcar speranța că poate fi expert în toate aspectele acestei specialități diverse. Activitatea domeniului medico-legal este *de facto* o activitate inter-, intra– și trans-disciplinară. Organizarea activității medico-legale, precum și a terminologiei, este diferită de la țară la țară (forensic medicine, medicină expertală, jurisprudență medicală, medicină legală, medicină judiciară, poliție medicală, etc.).

Ariile de interes ale medicinei medico-legale sunt multiple și includ de la specialiști în medicină, până la specialiști în alte domenii, dar care joacă un rol important și, uneori, decisiv în investigația medico-legală (biologi, chimiști, psihologi, ingineri, informaticieni, entomologi, antropologi, arheologi etc.).

În ceea ce privește psihiatria medico-legală, deși nu există o definiție oficială, sintagma se referă la *interfața și interacțiunea între psihiatrie și drept, în toate aspectele sale.*

În practică, psihiatria medico-legală implică *evaluarea clinică și tratamentul persoanelor care au comis fapte prevăzute de legea penală și care au tulburări mentale, într-o varietate de situații și circumstanțe.*

Totuși, bolnavii psihiatrici care nu au fost niciodată implicați într-o faptă penală, pot fi tratați în servicii de psihiatrie medico-legală dacă nu pot fi manageriați, în siguranță, în altă parte (în funcție de legislația fiecărei țări).

SCURT ISTORIC

Originile medicinei legale se situează cu mulți ani în urmă (arheologii chinezi au descoperit în 1975 numeroase bucăți de bambus datând aproximativ din anul 220 î.e.n. (Qin Dinasty), cu reguli și regulamente cu privire la examinarea răniților. Evidența istorică continuă cu Grecia antică, Roma antică, Evul Mediu până în ultimele secole când, deja putem vorbi de practicarea unei forme de medicină legală sistematică (Gordon Smith, 1821). La sfârșitul sec. XIX se pun bazele medicinei medico-legale prin acorduri stipulate în ghiduri, declarații, rezoluții ale instituțiilor acreditate și ale puterii statale.

În țara noastră reținem cronologic:

• 1500 – Pravila de la Ieud și Pravilele lui Matei Basarab și Vasile Lupu (iresponsabilitatea bolnavilor psihici);

• primii experți: vracii, bărbierii, descântătorii, moașele sau femeile învățate;

• 1811 – Divanul Moldovei avizează efectuarea autopsiilor în cazurile de intoxicație sau morți violente;

• 1806 – 1812 – obligativitatea îngropării cadavrelor după 24 ore de la constatarea decesului;

• 1832 –prima autopsie medico-legală (Anastasie Bekeri);

• 1860 – în Iași medicina legală funcționează la Facultatea de Drept;

• 1861– 1862 – Gheorghe Atanasovici înființează la București Catedra de Medicină Legală;

• 1882 – I. Ciurea transferă medicina legală la Facultatea de Medicină din Iași.

Urmează „era Minovici":

Mina Minovici a organizat medicina legală la București, iar fratele acestuia, Nicolae Minovici a organizat serviciu de reeducare pentru minori și serviciul de salvare. Ștefan Minovici a întemeiat Laboratorul de Toxicologie, Facultatea de Farmacie.

În ceea ce privește psihiatria medico-legală reținem, în ordine cronologică, următoarele evenimente:

• 1877 – dr. Alexandru Șuțu a prezentat lucrarea: „Alienatul în fața științei și a societății;

• Până la începutul secolului XX, Prof. G.Bogdan a scris „Studiu complex al suicidului,

• Dr. Maria Ropală a studiat delincvența feminină iar Prof.Gh. Marinescu s-a manifestat ca un colaborator frecvent în psihiatria medico-legală și ca un mare prieten al acesteia.

• În anul 1902, Lucașevski și Brăescu au elaborat primul concept de psihiatrie socială iar în 1904, Panaite Zosin s-a ocupat de expertiza psihiatrică sub aspect medical, social și juridic.

FUNDAMENTE ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ

1. Dificultatea domeniului

Deși atestate ca științe, psihologia și psihiatria trebuie să-și recunoască dificultatea și vastitatea obiectului de studiu, alături de sondarea dificilă a psihismului abisal. E aproape imposibil să plasezi, în setările psihologice și psihiatrice actuale, Sinele, Egoul social, psihotrauma, trăirile, sentimentele, speranțele, visele, în dinamica psihismului și în capacitatea sa de expresie comportamentală, atunci când vrei să le individualizezi, ele trecând în mod obișnuit drept manifestări secundare.

Această dificultate a condus la întrebuințarea termenului de *tulburare* (atât de controversat) și nu de *boală*. Această dificultate a dus la o limitare de abordare a științei psihiatrice numai la nivel mental și comportamental. Dificultatea menționată ne obligă la onestitate și înțelepciune atunci când trebuie să cântărim comportamentul uman. Dacă adăugăm psihismului uman și mediul în care el se manifestă vom înțelege de ce o expertiză în domeniu presupune o abordare inter și intradisciplinară.

2. Statutul autonom al psihiatriei medico-legale

Psihiatria medico-legală ca ramură de interferență a psihiatriei, medicinei legale și dreptului are statut autonom, definit epistemologic prin abordarea globală a persoanei, în unul din următoarele sensuri:

• activitatea sa este plasată sub jurisdicția instituțiilor medico-legale,

• operează cu categorii științifice proprii asupra unui subiect limitat,

• dispune de metodologii specifice de lucru pentru fiecare tip de instituție juridică (responsabilitate, iresponsabilitate, stare de necesitate, legitimă apărare etc.),

• stabilește o identitate științifică între constructele elaborate și realitatea faptică prin criterii științifice și argumentare logică.

Prin finalitatea activității sale ridică psihiatria la rolul ei social maxim, psihiatria legală devenind astfel o ramură a psihiatriei sociale.

3. Fundamentul epistemic al psihiatriei medico-legale

Fundamentul epistemic al psihiatriei medico-legale, respectiv cunoașterea existenței umane implică (Popper, Eccles) următoarele trei domenii ale cunoașterii:

• o cunoaștere a stărilor materiale (a creierului),

• o cunoaștere a stărilor subiective (a conștiinței),

• o cunoaștere a stărilor obiective (a mediului cultural creat de om).

Rezultă că psihiatria medico-legală are funcții descriptive și evaluative. În consecință, avem de-a face cu o triplă abordare a mentalului:

• o abordare ontologică (a naturii sale),

• abordare epistemologică (a înțelegerii sale)

• abordare hermeneutică (a semnificației).

Per a contrario, vulnerabilitatea psihică poate rezida din mai multe naturi: *natura biologică* (leziuni cerebrale, agresivitatea nativă și, mai ales, ontologic distructivă), *natura cognitivă* (incapacitatea de cunoaștere a lumii externe) și *natura socială* (structurarea unui comportament vulnerabil în ontogeneza individului, prin condiții anomice, macro– sau microsociale).

În concluzie:

a) psihiatria medico-legală are funcții descriptive, evaluative și performative, în final ea nefiind numai o *expresie a reflectării lumii reale, ci și a modului în care persoana și-a construit această lume* (J.Dewey);

b) viziunea epistemică (a logicii științifice) a psihiatriei legale implică:

• dovedirea științifică a oricărei afirmații;

• articularea gândirii medico-biologice cu gândirea social-juridică;

• stabilirea concordanței între starea mentală și faptele de comportament;

• integrarea dimensiunilor medico-psihiatrice, antropo-culturale și socio-juridice într-un concept unic, conferind identitate între modul de comitere a unor acte de comportament (realitatea faptelor petrecute) și starea mintală a subiectului, cu finalitate integrativă socio-juridică;

4. Fundamentul hermeneutic al psihiatriei legale

Presupune descifrarea sensului ascuns al lucrurilor și fenomenelor pentru descoperirea adevărului. Descifrarea sensului este absolut necesară validării fenomenologice privind semnificația simptomelor și a influențelor sociale în contextul săvârșirii unui act de comportament (faptă).

Semnificația unei conduite rezidă într-o înțelegere a factorilor subiectivi de personalitate, a construcției filogenetice, ontogenetice și sociale a personalității, în întâlnirea lor cu factori de structură socială (evenimentele copilăriei luminează comportamentul adultului dând sens peremptoriu inadaptării și devianței), generând semnificații anomice.

5. Fundamentul conceptual de nocivitate (periculozitate) psihică

În relațiile psihiatriei medico-legale cu dreptul, în orice infracțiune, trebuiesc evaluate următoarele aspecte:

– capacitatea de a înțelege și a voi,

– capacitatea de a se autodetermina în mod liber,

– capacitatea de a prevedea,

– capacitatea de a-și reprezenta condițiile și consecințele faptei imputabile (exclusă în eroarea de fapt),

– pericolul social printr-un comportament comisiv sau permisiv.

Psihiatria medico-legală oferă drept criterii de apreciere a nocivității comportamentului relațional al bolnavului factori precum,

rezultatele tratamentului, intensitatea bolii, funcția de rol și factori contextuali și de mediu (*periculozitatea nu se poate stabili* a priori, *ci prin analiza condițiilor biomedicale, familiale, sociale, ce pot conduce la conflictualitate*). Paradigma comprehensivă a unui act patologic de comportament naște metadigma unei predicții și profilaxii fiabile.

Psihiatria medico-legală, prin preocupările sale sanogenetice și axiologice de profilaxie, tratament și recuperare, promovează sănătatea și integritatea mintală, reeducarea și modularea personalității fiecărui subiect, ca un drept inalienabil al omului.

6. Fundamentul conceptual de competență, responsabilitate și onestitate profesională

Cei ce activează în psihiatria legală trebuie să fie buni manageri ai riscului de eroare, întrucât performanța și eroarea sunt două laturi ale aceluiași fenomen. Evitarea erorilor de natură conceptuală prin competență deplină și onestitate implică managerierea surselor și riscului de eroare prin evitarea examinărilor clinice incomplete, a ideilor preconcepute, a judecăților pripite, a explorărilor insuficiente prin abstracție selectivă, suprageneralizare sau personalizare a deficiențelor caracteriale (vanitate, orgoliu) și prin lipsă de experiență. Altfel spus, este neavenită lipsa simțului clinic și incompetența profesională.

PARTICULARITĂȚI ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ

Particularitățile în psihiatria medico-legală decurg din relațiile psihiatriei legale cu dreptul și în special cu dreptul penal, incluzând concepte ce au ca scop clarificarea poziției autorului față de faptă, prin evaluarea capacității, a discernământului, a vinovăției sau nevinovăției sau norme de distincție între ceea ce este moral și imoral, legal și ilegal, acceptabil și nonacceptabil.

Astfel, expertul în psihiatria medico-legală trebuie să cunoască măcar noțiunile elementare privind infracțiunea, vinovăția, responsabilitatea/ iresponsabilitatea precum și noțiunile specifice domeniului: capacitatea psihică, discernământul, competența specifică, motivație, motiv, mobil, consimțământ, confidențialitate.

Operațional, noțiunile specifice pot fi definite astfel:

Discernământul reprezintă o exprimare dinamică a fenomenelor de conştiinţă care traduce activitatea şi facultatea de deosebire a faptelor şi de apreciere a consecinţelor, sprijinindu-se pe conceptul de normalitate. Prin definiţie criterii multidisciplinare de apreciere sunt:

- logice (de evaluare a consecinţelor actelor proprii);
- psihologice (de anticipare a lor);
- axiologice (de distingere între bine şi rău);
- medicale (ca proiectare a realităţii);
- juridice (de alegere a alternativelor licite din care decurge responsabilitatea).

Motivaţia este acea condiţie biologică, psihologică, socială, culturală sau patologică ce stă la baza actului antisocial; mobilul actului antisocial este reprezentat de scopul săvârşirii acţiunii iar motivul actului antisocial se defineşte drept cauza care a determinat, direct sau indirect, trecerea la îndeplinirea actului.

Consimţământul (valid) este consimţământul obţinut liber, fără teamă, fără constrângere ori fraudă şi în condiţiile unei informări complete; presupune nevoia de a înţelege natura intervenţiilor, a riscurilor şi a alternativelor, inclusiv a riscului de a nu interveni cu nimic.

Confidenţialitatea, în sensul respectării confidenţialităţii privind pacientul, ridică probleme particulare în psihiatria medico-legală (mai ales în dimensiunea sa clinică) în cel puţin următoarele situaţii:

a) când trebuie obţinut consimţământul atât de la deţinut cât şi de la victimă, practicianul trebuind să se asigure că aceştia sunt conştienţi cu privire la modul în care va fi utilizată informaţia obţinută;

b) când expertul trebuie să explice scopul examinării şi faptul că ceea ce se constată va fi ulterior înaintat numai celor în drept, lăsând astfel posibilitatea victimei de a accepta sau nu examinarea;

ROLUL PSIHIATRULUI ÎN SISTEMUL DE JUSTIŢIE

Era modernă a Dreptului Penal a început când în Sistemul Judiciar a avut loc diferenţierea dintre Dreptul Civil şi Dreptul Penal. Din acest moment s-au dezvoltat procedurile care să asigure integritatea, acurateţea şi imparţialitatea proceselor penale.

Psihiatria, mai mult decât orice altă ramură medicală, este implicată în Sistemul Judiciar datorită:

• relației dintre afecțiunea psihică și comportamentul agresiv/ dezorganizat/ omisiv etc.;

• problemele etice și legale ridicate de inculpații cu probleme psihice în vederea procesului, a execuției sau auto – reprezentării;

• standardele sociale care interzic punerea sub acuzație a persoanelor bolnave psihic sau cu dizabilități de dezvoltare.

Evaluarea psihiatrică în cadrul proceselor de Drept Penal include aprecieri privind:

• capacitatea inculpatului de a fi supus unui proces;
• responsabilitatea infracțiunilor comise;
• capacitatea inculpatului de a pleda;
• capacitatea inculpatului de a-și alege apărarea;
• capacitatea inculpatului de a fi executat.

Coordonatele generale ale psihiatriei medico-legale evidențiază următoarele aspecte:

a) Toate evaluările anterioare sunt necesare pentru a asigura corectitudinea, acuratețea și integritatea sistemului judiciar.

b) În nici una din evaluări, prezența *doar* a bolii psihice nu este suficientă pentru a declara inculpatul incompetent sau nevinovat.

c) Competența inculpatului de a fi supus unui proces este determinată de abilitatea acestuia de a se consulta cu apărarea, de a înțelege rațional acuzațiile și procedurile.

d) Problemele de sănătate mentală se pot ivi în orice moment, începând cu arestul și continuând cu încarcerarea în așteptarea procesului.

e) Dacă la arestare, în urma unui control psihiatric (după ce i se permite inculpatului să contacteze un avocat) se dovedește că inculpatul are probleme grave mentale, se poate sista urmărirea penală a acestuia.

f) În timpul procesului, judecătorul are obligația de a urmări statusul mental al inculpatului și, în cazul în care consideră necesar, să ceară o reevaluare psihiatrică a acestuia.

Coordonatele menționate reprezintă rezultatul unei evoluții istorice caracteristice fiecărei țări.

Astfel, documentar, sistemul de Justiție Englez are un demers evolutiv de aprox. 800 de ani. În anul 1275 se stipula că dacă un inculpat refuza să se apere, Completul de Judecată cerea Juraților să decidă dacă acesta era mut, retardat mental sau refuza să vorbească. În cazul în care refuza să vorbească, inculpatul era condamnat la penitență (închidere într-o celulă cu alimentație/ hidrare din 2 în 2 zile). Această metodă nu ducea întotdeauna la confesiunea inculpatului, ceea ce a condus în sec. XIV la înăsprirea condițiilor de detenție și adăugarea torturii fizice. Inculpații care decedau în urma tratamentului respectiv, lăsau moștenire bunurile familiilor, acestea neputând fi dezmoștenite, lucru care a dus la interzicerea acestor practici în anul 1772.

Abordări similare au fost folosite și în Statele Unite, în țările Commonwealth-ului, ulterior fiind înlocuite de practici mai umane prin recunoașterea faptului că legea nu era aplicată corect în cazul persoanelor incapabile să se apere împotriva acuzațiilor aduse.

În zilele noastre este bine definită incompatibilitatea unui proces împotriva unui inculpat incompetent, continuarea procesului fiind asimilată cu violarea drepturilor sale constituționale.

În SUA, pentru a începe urmărirea penală, trebuie întrunite criteriile Dusky. Aceste criterii sunt discutabile deoarece, deși s-au făcut numeroase încercări de a cuantifica mai bine capacitatea unui inculpat de a putea fi urmărit penal, majoritatea spețelor ajung totuși să fie judecate chiar și în cazul unor persoane cu afecțiuni psihice serioase (schizofrenie paranoidă, demență, sindrom amnestic) atâta timp cât întrunesc minimul de criterii Dusky (inculpatul să înțeleagă procedura și să comunice cu apărarea). Urmare acestei proceduri, în cazul în care inculpatul este declarat incapabil să fie judecat, se încearcă „reabilitarea competenței sale”, prin *tratament în libertate*, acuzațiile putând chiar a fi retrase (infracțiuni ușoare) sau prin *instituționalizare* (tratament chiar și involuntar) și reevaluarea periodică a competenței (infracțiuni grave).

În ceea ce privește aprecierea capacității inculpatului de a fi judecat, standardul definit care trebuie îndeplinit de inculpat este *înțelegerea desfășurării procesului și posibilitatea de a lua parte la acesta.*

Stabilirea acestei competențe are mai multe scopuri:

• menținerea integrității procesului de stabilire a sentinței și de condamnare,

• asigurarea dreptului inculpatului la apel în orice moment al procesului decizional înaintea stabilirii deciziei finale,

• asigurarea asupra faptului că inculpatul întruneşte facultăţile mentale corespunzătoare.

Admiterea competenţei oferă aprecierea responsabilităţii faptei penale. Pe lângă modalităţile evidente de apărare, cum ar fi *negarea savârşirii faptei* sau *negarea ilegalităţii faptei în sine*, inculpaţii mai au două căi de apărare: *justificarea faptelor* şi *circumstanţele atenuante.*

1. *Justificarea faptelor* comise se bazează pe recunoaşterea faptelor, dar demonstrarea relevanţei circumstanţelor în care s-au produs fac justificate acţiuni ale inculpatului precum: autoapărarea, apărarea altor persoane, apărarea proprietăţii, alegerea acţiunilor mai puţin grave pentru a preveni acţiuni mult mai grave.

2. *Circumstanţele atenuante* nu se referă la acţiunea în sine, ci la starea psihică a inculpatului în momentul săvârşirii faptelor, (relevantă încă din timpul lui Aristotel). Apărarea se bazează pe circumstanţe atenuante de tipul celor precum ignoranţă, lipsa raţiunii, abuz fizic sau psihic şi boală psihică.

Ignoranţa (necunoaşterea legii, aprecierea greşită a faptei, inadvertenţă) limitează rolul psihiatrului deoarece se concentrează pe cunoştinţele inculpatului şi nu pe statusul lui psihic, restricţionând aprecierea doar la nivelul abilităţilor cognitive ale inculpatului.

Lipsa raţiunii este o apărare circumstanţială a inculpatului concentrată pe abilitatea sa de a acţiona raţional sub influenţa unor factori externi: abuz fizic sau psihic, dereglare majoră emoţională, impulsivitate datorată unei adicţii sau boli psihice.

Abuzul fizic sau psihic poate fi invocat în cazul în care persoana împotriva căreia inculpatul a săvârşit fapta l-a ameninţat cu o agresiune cel puţin la fel de gravă cu fapta săvârşită. Această apărare nu poate fi folosită împotriva infracţiunii de omor dar poate fi folosită împotriva acuzării de furt, privare de libertate, evadare din închisoare, posesie de armă şi trădare.

Dereglarea majoră emoţională poate fi şi ea folosită în apărare (parţială sau chiar completă), dar trebuie dovedit că persoana care a săvârşit fapta se afla sub un stres emoţional destul de puternic încât să nu judece corect. În unele jurisdicţii poate fi folosită şi împotriva acuzelor de agresare fizică şi chiar omor. Psihiatrii pot aprecia prezenţa şi nivelul stresului emoţional, dar decizia de a-l lua sau nu în

considerare revine Completului de Judecată. Impulsivitatea datorată unei adicții sau boli psihice poate fi luată în calcul de apărare, în cazul în care se poate demonstra că inculpatul credea sincer că urma să moară sau să fie grav rănit înaintea săvârşirii infracțiunii (se încadrează aici persoane suferind de halucinații complexe comentative).

Lipsa responsabilității faptei penale este aplicabilă în cazurile în care se poate dovedi că inculpatul nu putea judeca şi, implicit, acționa corect (în acord cu judecata greșită) în momentul săvârşirii faptelor (ex. boală psihică severă). Sunt considerați iresponsabili copiii (nu au dezvoltată abilitatea de a raționa), indivizii care comit infracțiuni fără a judeca (somnambulii, psihoticii, dementii, cei cu atac cerebral parțial, delirium tremens, retardare mentală severă, etc.).

Lipsa responsabilității bazată pe „nebunie temporară„ are succes diferit, în funcție de percepția socială a afecțiunii; astfel, actele comise în *somnambulism* sunt mai uşor clasificate ca iresponsabile decât cele comise de o persoană care suferă de identitate disociativă, iar *intoxicația alcoolică acută* poate reduce considerabil sentința. Criteriile acceptate sunt o combinație a modificărilor voliționale (abilitatea de a controla comportamentul) şi cognitive (conştiența greşelii). În anul 1962, Codul Penal SUA a introdus criteriile care permit utilizarea „nebuniei temporare" în apărarea inculpatului, oferind astfel, o alternativă între componenta cognitivă a standardului M'Naghten şi cea volițională a testului impulsului de moment.

Urmare a tentativei de asasinat împotriva Preşedintelui Reagan (anii 1980), s-a eliminat complet componenta volițională, standardul revenind la legea M'Naghten (postulatul deficitului cognitiv).

În ultimii ani, Curtea Supremă a SUA a decis instituționalizarea inculpaților bolnavi psihic şi reevaluarea lor periodică până la demonstrarea că ei nu mai sunt bolnavi psihic sau periculoşi prevăzând, pentru situația în care bolnavii psihic refuză tratamentul, tratament împotriva voinței lor (fiind supuşi aceloraşi reevaluări).

După cum se înțelege, pe toate meridianele, din cauze obiective se efectuează o examinare psihiatrică retrospectivă care are la bază examinarea curentă, istoricul medical şi infracțional, surse colaterale şi judecata clinică, corelată cu standardele juridice în vigoare în fiecare țară. Se recomandă o evaluare psihiatrică cât mai aproape de săvârşirea faptelor, deşi în multe cazuri nu este posibilă.

Condiţiile clinice care pot afecta responsabilitatea inculpatului sunt numeroase: delirium, depresia, psihoza, paranoia, atacul de panică şi alte stări anxioase, tulburări hipnice, obsesiv-compulsive, epilepsie şi alte afecţiuni neurologice. Evaluarea clinică trebuie să fie detaliată şi cât mai exactă, coroborată cu alte investigaţii care să denote o afecţiune psihică preexistentă sau o intoxicaţie.

Steadman şi col. precum şi Calahan şi col. (SUA) au arătat că *în aproximativ 25% din cazurile în care este folosită lipsa responsabilităţii bazată pe „nebunie temporară" inculpatul este achitat iar în 70% din cazuri* se ajunge la o *înţelegere* (reducere a acuzaţiilor) înainte de proces.

Deşi am ilustrat cu particularităţi de juristprudenţă din SUA (diferită de cea majoritar europeană şi, implicit, de cea din ţara noastră) se poate constata că anumite aserţiuni sunt general valabile, şi anume:

• boala psihică şi dreptul penal sunt strâns intricate;

• boala psihică poate duce la încarcerare în lipsa unei alternative sociale viabile;

• psihiatrii sunt chemaţi să evalueze şi să reevalueze numeroşi inculpaţi din momentul arestării şi până la stabilirea sentinţei, principalele lucruri de evaluat fiind competenţa inculpatului de a fi judecat şi responsabilitatea faptelor comise.

Expertul în psihiatrie medico-legală care va participa la astfel de evaluări trebuie să fie la curent cu toate criteriile şi standardele etice în vigoare, să fie conştient de toate implicaţiile subsidiare angrenării lor precum şi a inculpaţilor în procesele de Drept Penal.

COORDONATE ETICE ALE EXPERŢILOR ÎN MEDICINĂ LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Medicii au folosit termenul de „etică medicală" cu referire la „principiile de comportament profesional corespunzător cu privire la îndatoririle şi drepturile medicului însuşi faţă de pacienţi, faţă de colegii săi, la fel şi faţă de acţiunile de îngrijire a pacienţilor, precum şi în relaţiile cu familiile acestora" (Stedman's Medical Dictionary, 1990, p.540).

Etica medico-legală vorbeşte de asemenea despre obligaţii morale definite ca „standarde de comportament minim acceptabil,

implicând datoriile pe care membrii săi le au unul față de celalalt, față de clienții lor și față de tribunale" (Black's Law Dictionary, 1999, p.904).

Expertiza pihiatrică medico-legală operează la granița a două discipline uneori incompatibile – dreptul și psihiatria – cu obiective, valori, filozofii, abordări și metode diferite, ceea ce conduce – nu rareori – la conflicte etice (Weinstock et. al, 2003), fapt ce subliniază importanța unui comportament etic în acest domeniu.

Aspectele etice în expertiza psihiatrică medico-legală sunt mai complexe decât în practica psihiatrică generală. Responsabilitățile unei astfel de activități se constituie ca un câmp separat, în care experții sunt deopotrivă evaluatori clinicieni, cât și manageri terapeutici, roluri ce, uneori, se desfășoară în contexte de adversitate, presiuni și influențe cu care psihiatria generală nu se confruntă.

Psihiatria medico-legală „este o subspecialitate în care expertiza clinică și științifică este aplicată problemelor legale în contexte legale acoperind probleme civile, criminale, corecționale sau legislative. Psihiatria medico-legală ar trebui practicată de medicii psihiatri în concordanță cu ghidurile și principiile etice enunțate de profesia de psihiatru" (*The American Academy of Psychiatry and Law, – AAPL, 1995*).

Etica privită ca disciplină filozofică încorporează atât îndatoririle deontologice, cât și valorile utilitare și consecvente, fără a putea evita sau soluționa conflictele dintre ele fără ca anumite valori etice să trebuiască să fie sacrificate.

Nici un set de ghiduri nu poate oferi o acoperire completă a problematicii, așa încât este nevoie de instruire și analiză continuă pentru a rezolva diversitatea spețelor. Ghidurile etice în psihiatria forensică sunt o necesitate, în ciuda complexității lor de elaborare. Ele trebuie să aibă în vedere:

• *principiile generale ale eticii medicale;*

• *principiile morale generale din societate* (ex.declararea adevărului, respectul pentru persoană, onestitatea, responsabilitatea socială).

Reținem din principiile de etică medicală stabilite de către Asociația Medicală Americană (AMA, 2008):

1. Medicul trebuie să fie dedicat prin servicii medicale competente, cu compasiune și respect pentru drepturile și demnitatea umană;

2. Medicul trebuie să practice profesia la standarde profesionale, să fie onest în toate interacțiunile profesionale și animat să raporteze deficiențele de caracter sau competență ori angajările în fraudă sau înșelătorie către entitățile corespunzătoare;

3. Medicul trebuie să respecte legea și, deasemenea, să recunoască responsabilitatea de a îmbunătăți atitudinile contrare interesului pacientului;

4. Medicul trebuie să respecte drepturile pacientului, colegilor și a altor profesioniști din sănătate și trebuie să fie un garant al confidenței și intimității, în limitele prevăzute de lege;

5. Medicul trebuie să aibă o educație medicală continuă, avansată și să o ofere pacienților, colegilor și publicului, prin consultații, folosind și talentul altor profesioniști, acolo unde este indicat;

6. În asigurarea îngrijirii corespunzătoare a pacientului, cu excepția urgențelor, medicul trebuie să fie liber să aleagă pe cine să servească, cu cine să se asocieze și mediul în care să furnizeze îngrijirea medicală;

7. Un medic trebuie să recunoască responsabilitatea de a participa la activități ce contribuie la îmbunătățirea comunității și progresul sănătății publice

8. În timpul îngrijirii unui pacient, un medic trebuie să aibă în vedere responsabilitatea maximă față de acesta;

9. Un medic trebuie să susțină accesul la îngrijirea medicală pentru toți oamenii;

Se pot enunța principii specifice aplicabile psihiatriei și relevante pentru psihiatria medico-legală (pe latura de expertiză medico-legală psihiatrică), respectiv:

- este lipsită de etică participarea unui medic la execuții legal autorizate, excepție făcând certificarea decesului;
- activitatea sexuală cu un pacient actual sau cu un fost pacient este neetică din cauza inegalității relației medic-pacient care poate conduce la exploatare;
- psihiatrul trebuie să apere/ păzească cu sârguință exploatarea informațiilor furnizate de pacient și să nu folosească puterea oferită de

situația de terapie, pentru a influența pacientul în direcții nerelevante pentru scopurile tratamentului;

• în situațiile în care psihiatrii, din cauza bolii mintale prejudiciază sănătatea pacienților lor și propria reputație și practică, este etic și este chiar de dorit ca un alt psihiatru să intervină (în funcție de prevederile legale din fiecare țară);

• atunci când activități ilegale au loc în timpul practicii este evident că un astfel de psihiatru nu este potrivit din punct de vedere etic pentru practicarea profesiei;

• dreptul la imagine conform reglementărilor din fiecare țară în raport cu acordurile internaționale;

• atenție suplimentară atunci când este furnizată o informație prea sensibilă pacientului;

• mascare adecvată a informațiilor pentru protejarea anonimatului, în scris și predare (ex. folosirea codurilor OMS pentru anumiți factori contextuali);

• când examinarea se face din motive legale, trebuie explicate celui examinat, la începutul examinării, natura, scopul și lipsa confidențialității examinării (specific și psihiatriei medico-legale – ghidurile de etică cer astfel de explicații ori de câte ori este implicată lipsa confidențialității).

• dacă psihiatrilor li se cere de către tribunal să dezvăluie mărturisirile pacientului, ei se pot supune sau își pot păstra dreptul etic de a se opune;

• dacă psihiatrul nu știe ce să facă într-un anume caz, el trebuie să respecte dreptul pacientului la confidențialitate și la tratament neștirbit;

• dacă divulgarea cazului este cerută de tribunal, psihiatrul poate cere dreptul de a dezvălui doar informația relevantă pentru problema legală.

• evaluările psihiatrice ale oricărei persoane învinuite pentru acte criminale, în afara condițiilor de expertiză, nu trebuie realizate, cu excepția acordării de îngrijire, pentru unicul scop – de tratament medical.

• este lipsită de etică oferirea de opinii cu privire la persoane publice în absența unei examinări și a unei autorizări corespunzătoare;

• în orice condiții demnitatea bolnavului (chiar dacă este deținut/ infractor) trebuie respectată (rezoluția nr. 83/ 1990), pacientul fiind informat asupra drepturilor sale;

• în orice condiții, medicul trebuie să fie văzut ca medic și nu ca reprezentant al justiției, deși concluziile sale aparțin justiției;

• medicul expert trebuie să dovedească competență în vederea fiabilității concluziilor, neutralitate și obiectivitate având, în același timp, conștiința limitelor proprii.

Concluzionând asupra particularităților etice ale psihiatriei medico-legale, subliniem că există *trei piloni axiologici*, obligatorii pentru orice posibilitate de cod de etică:

1. protejarea drepturilor omului indiferent de circumstanțe;
2. căutarea de soluții etice în situații sensibile cu privire la aceste drepturi;
3. autonomia medicului în a le căuta și respecta.

Psihiatria medico-legală devine din ce în ce mai mult o cerință incisivă și universală atât pentru supraviețuirea, ca specie, a omului cât și pentru consacrarea adevărului ca valoare fundamentală universală.

Să nu uităm că dacă A. Malraux a spus: „Secolul XXI va fi mistic sau nu va fi deloc", G. Lipovetski a atenționat în lucrarea sa *Amurgul datoriei* că: „Secolul XXI va fi etic sau nu va fi deloc".

EPISTEMOLOGIA COMPARATIVĂ ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ DIN PERSPECTIVA PSIHOPATOLOGIEI PLURALISTE
– ABORDARE PSIHIATRICĂ –

George Talău

DELIMITĂRI CONCEPTUALE

Psihologia, ca *știință umană*, este o disciplină analitico-descriptivă a *proceselor psihice normale*, a actelor și manifestărilor exterioare ale indivizilor normali psihic, pe care le analizează metodic, după tehnici bine stabilite. Se bazează pe observația și psihodiagnosticul subiecților normali, având în vedere comportamentele acestora din exterior, de la procese psihice, până la organizarea personalității.

Psihiatria este o specialitate clinică analitico-descriptivă în *cadrul științelor medicale* care studiază *aspectele patologice ale vieții psihice*. Metodologic, psihiatria se bazează pe anamneza și observația clinică a bolnavilor mintali, analizând din exterior, prin simptome clinice, sindroame sau boli, cu caracter specific și net individualizate.

Psihopatologia studiază fenomenul psihic morbid (plasarea sa fiind controversată în sensul că se discută dacă este parte integrantă a psihiatriei sau se separă atât de psihiatrie, cât și de psihologie). Ca metodologie specifică, psihopatologia apelează la metoda fenomenologică (filosofică) și, în felul acesta, ea se constituie ca o „atitudine reflexivă", căutând să cunoască și să înțeleagă natura și semnificația proceselor psihice morbide.

Înțelegem că atât psihologia, cât și psihiatria au ca obiect descrierea și clasificarea proceselor psihice și ale manifestărilor acestora în stare normală și patologică, conectându-le la *științele naturii* (biologia) prin neurofiziologie, devenită neuropsihologie/neurobiologie cerebrală.

Atât psihologia, cât și psihiatria se conectează, prin psihopatologie, la *științele umaniste.* Psihopatologia utilizează materialul psihiatric, comparându-l cu normalul psihic oferit de psihologie, constituindu-se ca o psihoantropologie a fenomenului psihic morbid, având ca metodă de studiu reflecția filosofică. Din altă perspectivă, se consideră că psihopatologia are o poziție intermediară între psihiatrie, psihologie și filozofie, fiind legate (aceste patru coordonate) prin persoana umană sub multiplele sale determinante: biologic, psihologic, istoric, sociologic, cultural, moral și religios. Alți specialiști (care nu sunt medici) au tendința de a asimila psihopatologia cu psihologia clinică aplicată în patologia psihiatrică.

În concluzie, psihologia și psihiatria au într-un final un caracter pur empiric, reducându-se la o colecție de fapte sau observații, psihopatologia constituie un model de interpretare a sensurilor umanului, în raport cu aceste observații, căutând să le clarifice și plasând fenomenul psihic morbid în sfera umanului.

DIRECȚII DE CUNOAȘTERE ÎN PSIHOPATOLOGIE

Psihopatologia generală studiază normalitatea și anormalitatea psihică, doctrina bolii mintale, conceptele și limbajul său științific, discursul epistemic.

Psihopatologia clinică studiază procesele de organizare și dezorganizare a sistemului personalității (aparatul psihic), fenomenele psihice morbide (reprezentate prin tulburările proceselor psihice), simptomele și sindroamele psihopatologice, cadrul general al nosologiei psihiatrice.

Psihopatologia nosologică studiază aspectele psihopatologice specifice ale bolilor psihice, tipul de lateralitate psihică, semnificația medico-psihologică a bolilor mintale, suferințele psiho-morale, psihosomatica.

Psihopatologia antropologică și socială studiază modelele de personalitate în psihopatologie, tulburările psihice ale grupurilor socio-umane (psihozele colective), variațiile transculturale sau etnoculturale ale bolilor psihice, raporturile psihopatologiei cu alte discipline umaniste.

În pofida referințelor inițiale, încă de la originile sale (Janet, Ribot, Charcot, Freud, Breurer) psihopatologia a adoptat progresiv, un

punct de vedere strict psihogenetic, păstrând însă interferențe cu științele naturii și cu științele umaniste. Această disjungere a condus la o confuzie în identitatea psihopatologiei, în special față de științele biologice, conducând la ideea că faptele psihopatologice nu au o determinare materială cerebrală, privilegiind principalele curente teoretice – behaviorismul și psihanaliza. Această viziune nu a interzis însă schimburile și încrucișările de perspective, acceptând studiul faptelor psihopatologice oricare ar fi metoda.

Natura psihopatologiei este ab ignitio pluralistă, sprijinindu-se în dezvoltarea sa pe diferite modele și metode, ea neputând fi niciodată redusă numai la nivel psihogenetic.

DIFERITELE ABORDĂRI ALE PSIHOPATOLOGIEI

Dificultatea împăcării ansamblului de abordări în psihopatologie obliterează uneori reflecția psihopatologică și de aceea se recomandă o abordare integrativă a lor, accentul punându-se pe complementaritate, obiectiv greu de atins (Widlocher).

1. *Abordarea ateoretică* a apărut în Statele Unite și a condus la apariția DSM-urilor (primul a apărut în 1952, ultimul – DSM IV – în 1994); această abordare constă în descrierea manifestărilor clinice ale acestor tulburări și, de aceea, este denumită „descriptivă". Modelul a reprezentat un progres, având în vedere dispariția „Babelului psihiatric". În lipsa unei etiologii și a unei patogenii specifice, el se argumentează prin existența unor evoluții identice a grupurilor de maladii (dacă evoluția e identică și cauza e identică). Pragmatismul american și orientarea comportamentalistă nu au fost lipsite de critici, deși ediția a fost comparată cu tratatul lui Kraepelin (Pichot et Guelfi).

2. *Abordarea behavioristă* implică respingerea oricărei cauze interne ca o cauză ultimă a comportamentului și leagă apariția oricărui comportament de mediul înconjurător al subiectului. În această concepție comportamentele anormale și normale sunt dobândite și menținute prin mecanisme identice în conformitate cu legile generale ale învățării (Staats). O importanță particulară este acordată istoriei perioadei de învățare și a condițiilor de învățare descrise ca lacunare sau inadecvate. Modelul este criticat pentru că exagerează în abordarea socială a învățării comportamentului anormal (Bandura).

3. *Abordarea biologică* pune accent în principal, pe influența modificărilor morfologice sau funcționale ale sistemului nervos asupra genezei tulburărilor mintale. Teza conform căreia afecțiunile mintale sunt tributare substratului organic este veche, lucrarea lui Kraepelin fiind în general, considerată ca apogeul psihiatriei organiciste. Evoluția ulterioară a determinat apariția a două curente: psihobiologia (dezvoltată de Meyer) şi organodinamismul (Ey), aceşti doi psihiatri putând fi considerați părinții fondatori ai neuroştiințelor.

4. *Abordarea cognitivistă* vizează explicarea tulburărilor mintale ținând cont de procesele prin care o persoană dobândeşte informații despre sine şi mediu, asimilându-le pentru a-şi regla comportamentul (Hardy), reinvocându-l pe Wundt care admitea o formă de judecată precognitivă. Teoria lui Beck susține că distorsiunea cognitivă ar fi elementul cauzal în depresie. Această teorie a fost apoi reluată de Coyne și Gotlieb, reluare care i-a condus pe Peterson și Seligman la abordarea cognitivistă a depresiei. Silverman reafirmă afectarea comportamen-tului de prezențe subliminale.

5. *Abordarea dezvoltării umane* are la bază lucrările lui Zigler şi colaboratorilor săi care consideră dezvoltarea patologică a adultului drept o lipsă de integrare a competențelor sociale, emoționale şi cognitive, importante pentru adaptarea la un anumit nivel de dezvoltare. Achenbach a abordat dezvoltarea psihopatologiei copilului şi adolescentului. O altă contribuție a rezultat din studiul sistematic al derulării vieții diferitelor persoane, cu scopul de a decela indicii privind originile şi dezvoltarea tulburărilor mintale. Din perspectiva dezvoltării, Meyer susține abordarea ciclului vieții, prin compararea prevalenței diferitelor tulburări.

6. *Abordarea ecosistemică* postulează interacționismul (sinteză dialectică între personalism şi situaționism) a evoluat prin prisma celor două progrese epistemologice: teoria generală a sistemelor şi ecologia umană. Pe această linie, ecosistemul uman, unitate de bază în câmpul ecologiei umane, se schimbă permanent, pentru a-şi menține stabilitatea. Abordarea ecosistemică propune o interpretare diferită a noțiunilor de sănătate mintală, patologie, simptom (ex. simptomele sunt considerate drept o metaforă a relațiilor interpersonale). A doua temă utilizată pentru a ilustra abordarea ecosistemică (Pattison) este centrată pe conflictul de rol, considerând că privarea de rol și conflictul de valori introduc factorii de stres.

7. *Abordarea etnopsihopatologică* se justifică prin faptul că etnopsihopatologia studiază raportul dintre tulburările psihopatologice şi cultura pacientului. Actualmente, în etnopsihopatologie se înfruntă două mari *perspective*:

• *emică* – subliniază ceea ce este specific unei anumite culturi şi poate fi ilustrată în special prin sindroamele „cu specificitate culturală" sau „legate de cultură" care nu apar decât în anumite comunităţi culturale (amok, koro);

• *etică* – privilegiază universalitatea tulburărilor, existenţa unor invarianţi clinici (programele de cercetare ale OMS asupra tulburărilor depresive şi schizofreniei aduc argumente în favoarea acestei poziţii).

8. *Abordarea etologică* subliniază aportul euristic al etologiei întrucât permite formularea de ipoteze privind originea tulburărilor psihopatologice. Acestă abordare aduce o contribuţie importantă la înţelegerea manifestărilor psihopatologice prin descrierea minuţioasă a schemelor comportamentale. Cercetarea bazată pe o abordare etologică cuprinde trei faze: descriptivă, exploratorie şi evaluativă.

9. *Abordarea existenţialistă* porneşte de la perceperea pacientului aşa cum este el în realitate, descoperirea sa ca fiinţă umană, ca fiintă în lume, şi nu drept o simplă proiecţie a teoriilor noastre despre el. Conform acestei abordări persoana umană este considerată un proces şi nu un produs, şi se insistă asupra faptului că fiinţa umană îşi poate influenţa relaţia cu destinul.

10. *Abordarea experimentală* este consacrată studiului comportamentului patologic experimental. În anul 1903, Pavlov foloseşte pentru prima dată termenul de psihopatologie experimentală, subliniind importanţa experimentelor pe animale pentru înţelegerea patologiei umane. În anul 1928-1930 Baruk şi Jong studind catatonia la animale, au arătat importanţa studiului biochimic al psihozelor şi faptul că acestea se pot produce în laborator (cu ajutorul bulbocapninei) perturbări psihomotorii de tip catatonic, specifice schizofreniei. Impactul acestor cercetări în plan terapeutic nu a fost însă semnificativ.

11. *Abordarea fenomenologică* îşi are originile în filosofia fenomenologică germană ale cărei demersuri principale sunt:

• cel descriptiv (Jaspers) – psihopatologia se ocupă mai ales de ceea ce trăiesc bolnavii, le studiază stările sufleteşti, încercând să le dezvăluie semnificaţiile;

• cel filosofic (Binswanger), întîlnit în studiile asupra schizofreniei, maniei şi melancoliei.

Modelul fenomenologic de cercetare are două caracteristici principale şi anume:

• nu caută cauzele unei boli sau ale unei deviaţii care au condus la internare;

• încearcă să descopere care este „experienţa nebuniei" pornind de la cei care au trăit-o şi care devin astfel principale surse de informaţii şi date.

12. *Abordarea psihanalitică* are o importantă capitală, atât pentru partizanii ei, cât şi pentru adversari sau pentru cei care se situează între aceste două poziţii extreme. Unele contribuţii ale abordării psihanalitice în psihopatologie au o semnificaţie deosebită:

• importanţa trecutului personal,

• importanţa sexualităţii,

• importanţa experienţelor individuale,

• conceperea bolii mintale dintr-o perspectivă funcţională ca o tentativă de ajustare, de rezolvare a unor probleme care nu au putut fi rezolvate într-o altă manieră, mai satisfăcătoare.

13. *Abordarea socială* delimitează psihopatologia socială care are două obiecte de studiu principale:

• rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice (sau sociogeneza acestora)

• repercursiunile bolii mintale asupra relaţiilor pacientului cu mediul său social.

Preocupările specifice câmpului psihopatologiei sociale au ca teme: relaţia dintre apariţia tulburărilor mintale şi apartenenţa la o clasă socială (ipoteza „derivei sociale" care stipulează că persoanele cu schizofrenie alunecă spre partea de jos a structurii sociale, ca rezultat al incapacităţii lor de a face faţă problemelor cotidiene – Goldberg şi Morrison, 1963) şi variaţia istorică a datelor epidemiologice (*ex.* suicid, schizofrenie).

14. *Abordarea structuralistă* este legată de dezvoltarea puternică a structuralismului, important curent de gândire care propune căutarea unor explicaţii prin folosirea noţiunii de structură. Structura ar reflecta aranjamentul în care părţile sunt dependente de întreg şi prin urmare, solidare între ele; are caracter de totalitate, de

transformare şi autoreglare. Descoperirea unei structuri trebuie să permită o formalizare (Piaget).

Se pune problema situării graniţei teritoriului psihopatologic în condiţiile în care înţelegerea funcţională a relaţiilor dintre procesele mintale şi creier deplasează limitele oricărei abordări, creând premizele unei referinţe teoretice sau metodologice unificatoare şi federalizatoare, chiar dacă pe alocuri ea rămâne dogmatică.

Dualismul ontologic al minţii şi materiei cerebrale care a dominat în anumite câmpuri ştiinţifice, nu mai poate fi susţinut în contextul ştiinţific actual. Se prefigurează astfel, din ce în ce mai clar că răspunsul la întrebarea ce este tulburarea mintală nu poate fi obţinut din oferta perspectivelor de abordare, şi anume, doctrine psihopatologice, filosofice, sociale, mitico-religioase, populare, zodiacale etc, fără referinţa fundamentală la medicina psihiatrică.

Este imposibil astăzi să mai opunem psihopatologia clinică şi neuroştiiţele, adică de a distinge şi de a opune psihismul şi creierul în cadrul unei perspective dualiste ontologice. Se impune o epistemologie comună care recunoaşte achiziţiile fiecărui nivel, fie el psihologic şi cerebral, social şi cultural, dar şi dependenţa lor reciprocă.

Jaspers în lucrarea sa „Psihopatologie generală" (1913) impune respectul pentru persoana umană. Revoluţia neokraepeliană marcată prin publicarea în 1980 a DSM III, decontextualizează problematica psihopatologiei cu refuzul explicit de a lua în seamă identitatea biografică umană şi culturală, punând accent numai pe cercetarea ştiiţifică a entităţilor maladive.

ICD-10, spre deosebire de DSM III-IV, reintroduce importanţa factorilor contextuali. WPA (2003) resuscitează interesul pentru persoană mai ales prin programul IGDA (International Guidelines for Diagnostic Assesment) susţinut de Mezzich. Mezzich dezvoltă ideea că diagnosticul se cere făcut nu doar centrat pe persoană, ci pentru, şi împreună cu persoana, subliniind astfel necesitatea parteneriatului atât în formularea diagnosticului, cât şi în plan terapeutic.

Complexitatea conceptului de persoană implică abordarea holistică a fiinţei umane, ea plasându-se la intersecţia sistemelor biologic, psihologic, social, cultural şi spiritual.

Limitele și dependențele dintre științele socio-umane și cele biologice sunt, în cele din urmă, determinate tot de limitele tehnice ale metodelor de observare a funcționării cerebrale. Încă de la origini psihopatologia a fost intuită cu substrat biologic (Lanteri-Laura și Del Pistoia, 1994). Nu ne mirăm că granițele psihopatologiei sunt regulat repuse în discuție, mai ales între aceasta – pe de o parte – și neuropsihologie și științele creierului – pe de altă parte.

Exemplu:

• între neurologie și psihiatrie (depresie, demență, stări posttraumatice etc);

• între neuropsihologie și psihopatologie (tulburări executive ale memoriei, atenției în psihoze și depresie);

• între neurologie și psihopatologie (tulburări ale conștiinței în traumatismele cerebrale).

• Intră în joc și interferențele dintre:

• sociologie și biologie (sociobiologie) – comportamentul agresiv, sexual, etc.

• cultură și aserțiuni de mentalitate și comportament (gen, rasă, etnicitate, zonă geografică, valori, cutume);

• psihologie și spiritualitate (ce poate spune psiholgia spiritualității și ce poate spune spiritualitatea psihologiei).

Integrarea disciplinară este singura modalitate care poate să articuleze tradiția psihopatologiei fenomenologice cu marile progrese ale neuroștiințelor, permițând nuanțări comentabile la nivel animal și uman. Se conturează, astfel, înțelegeri unificatoare între creierul biologic și creierul psihosociocultural, adânc înrădăcinat în corporalitate. Se poate afirma că evenimentelor mintale, comportamentale și sociale le corespunde o succesiune de evenimente cerebrale.

Acceptând că există un nucleu psihopatologic stabil (stări nevrotice, psihotice etc.) care se structurează continuu, alături de faptul că, în leziunile cerebrale există un continuum de anomalii comportamentale și mintale, conturăm necesitatea unei lecturări și înțelegeri transdimensionale și transnosografice în psihopatologie.

Subiacent acestei continuități dintre diferite domenii ale comportamentului se întinde un continuum de mecanisme cerebrale, de operații mintale și de funcții, aflate la baza producerii și reglării stărilor mintale oricare ar fi câmpul de observare a lor. Acceptând

interacțiunea permanentă dintre activitățile cerebrale și cele mintale este necesar să distingem între cauze și mecanisme în sensul că doar acestea din urmă apar ca fiind comune.

În final, conchidem că „hotarele” și obiectele de limită constituie numai o falsă problemă. Mecanismele cerebrale și cognitive subiacente faptelor psihopatologice sunt comune și altor patologii ce implică sistemul nervos central, punând în lumină continuumul de operații elementare ale funcționării cerebrale, aflate la baza comportamentului și activității mintale observabile.

Cu siguranță, psihopatologia va trebui redefinită, întrucât faptele clinice trebuie regândite la diferență de scară în organizarea comportamentală de la nivel intențional până la nivel executiv. În aceste condiții hegemonia modelului lezional, ca singurul cauzal și explicativ, va trebui să cedeze în favoarea disfuncțiilor neuronale, a circumstanțelor anatomo-funcționale responsabile de cooperare, sincronizării dintre arii corticale și/ sau subcorticale, a proceselor de neuroplasticitate, a proceselor de neurodezvoltare și de degenerare neuronală și a inter-subiectivității și empatiei.

Ne punem întrebarea dacă nu cumva suntem în fața unui viitor care ar putea să unească cele două științe ale minții (socio-umană și biologică) prin progresul consacrat al cognițiilor sociale și să înțelegem faptele psihopatologice definite în planul intenționalității și al inter-subiectivității.

EPISTEMOLOGIA COMPARATIVĂ ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ DIN PERSPECTIVA PSIHOPATOLOGIEI PLURALISTE

– ABORDARE PSIHOLOGICĂ –

Ion Duvac

DELIMITĂRI CONCEPTUALE

Psihologia, ca știință umană, este o disciplină analitico-descriptivă a proceselor psihice normale, a actelor și manifestărilor exterioare ale indivizilor normali psihic, pe care le analizează metodic, după tehnici bine stabilite.

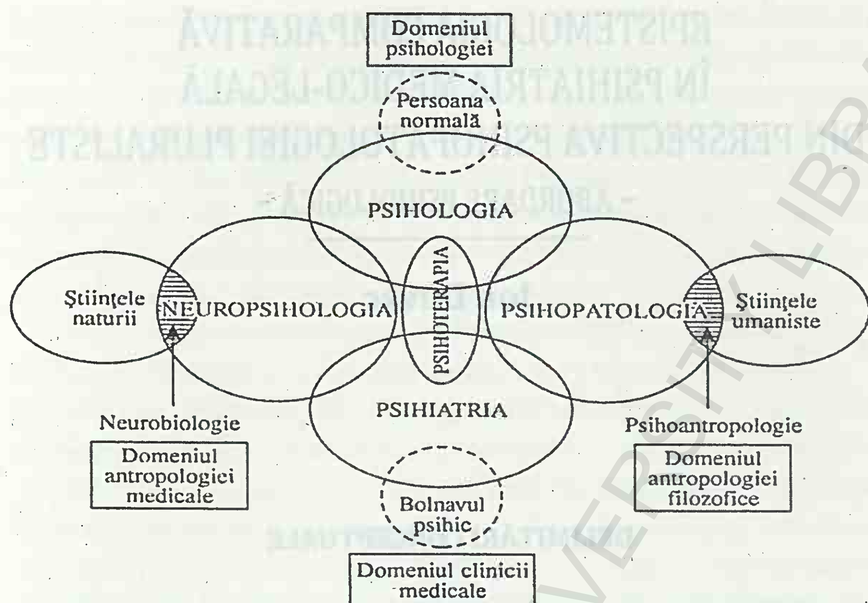
Psihologia se bazează pe observația și psihodiagnosticul subiecților normali, având în vedere comportamentele acestora din exterior, de la procese psihice, până la organizarea personalității.

Psihiatria este o specialitate clinică analitico-descriptivă în cadrul științelor medicale care studiază aspectele patologice ale vieții psihice.

Metodologic, psihiatria se bazează pe anamneza și observația clinică a bolnavilor mintali, analizând din exterior, prin simptome clinice, sindroame sau boli, cu caracter specific și net individualizate.

Psihopatologia studiază fenomenul psihic morbid, separându-se în felul acesta atât de psihiatrie, cât și de psihologie.

Ca metodologie specifică, psihopatologia apelează la metoda fenomenologică (filozofică) și, în felul acesta, ea se constituie ca o „atitudine reflexivă", căutând să cunoască și să înțeleagă natura și semnificația proceselor psihice morbide.



Reprezentare schematică a relaţiilor dintre disciplinele psihologice

Înţelegem că atât psihologia, cât şi psihiatria au ca obiect descrierea şi clasificarea proceselor psihice şi ale manifestărilor acestora în stare normală şi patologică, conectându-le la *ştiinţele naturii* (biologia) prin neurofiziologie, devenită neuropsihologie/ neurobiologie cerebrală.

Înţelegem de asemenea că atât psihologia, cât şi psihiatria se conectează prin psihopatologie la *ştiinţele umaniste.*

Nefiind o disciplină medicală, psihopatologia nu este interesată de bolile psihice precum psihiatria. Ea utilizează materialul psihiatric, comparându-l cu normalul psihic oferit de psihologie, constituindu-se ca o psihoantropologie a fenomenului psihic morbid, având ca metodă de studiu reflecţia filozofică.

Putem afirma că psihopatologia are o poziţie intermediară între psihiatrie, psihologie şi filosofie, toate acestea fiind legate prin persoana umană sub multiplele sale determinante: biologice, psihologice, istorice, sociologice, culturale, morale şi religioase.

Dacă psihologia şi psihiatria au, într-un final, un caracter pur empiric, reducându-se la o colecţie de fapte sau observaţii, psihopatologia constituie un model de interpretare a sensurilor

umanului în raport cu aceste observații, căutând să le clarifice și plasând fenomenul psihic morbid în sfera umanului.

DIRECȚII DE CUNOAȘTERE ÎN PSIHOPATOLOGIE

1. **Psihopatologia generală** studiază:
• normalitatea și anormalitatea psihică;
• doctrina bolii mintale;
• conceptele și limbajul științific;
• discursul epistemic.

2. **Psihopatologia clinică** studiază:
• procesele de organizare și dezorganizare a sistemului personalității (aparatul psihic);
• fenomenele psihice morbide (reprezentate prin tulburările proceselor psihice);
• simptomele și sindroamele psihopatologice;
• cadrul general al nosologiei psihiatrice.

3. **Psihopatologia nosologică** studiază:
• aspectele psihopatologice specifice ale bolilor psihice;
• tipul de alteralitate psihică;
• semnificația medico-psihologică a bolilor mintale;
• psihosomatica, suferințele psiho-morale.

4. **Psihopatologia antropologică și socială** studiază:
• modelele de personalitate în psihopatologie;
• tulburările psihice ale grupurilor socio-umane (psihozele colective);
• variațiile transculturale sau etnoculturale ale bolilor psihice;
• raporturile psihopatologiei cu alte discipline umaniste.

În pofida referințelor inițiale, încă de la originile sale (Janet, Ribot, Charcot, Freud, Breurer) psihopatologia a adoptat progresiv un punct de vedere strict psihogenetic, păstrând însă interferențe cu științele naturii și cu științele umaniste.

Această disjungere a condus la o confuzie în identitatea psihopatologiei, în special față de științele biologice, conducând la ideea că faptele psihopatologice nu au o determinare materială cerebrală, privilegiind principalele curente teoretice – behaviorismul și psihanaliza.

Această viziune nu a interzis însă schimburile și încrucișările de perspective, acceptând studiul faptelor psihopatologice oricare ar fi metoda.

Natura psihopatologiei este *ab ignitio* pluralistă, sprijinindu-se în dezvoltarea sa pe diferite modele și metode, ea neputând fi niciodată redusă numai la nivel psihogenetic.

Diferite abordări ale psihopatologiei (după Șerban Ionescu)

„Dificultatea împăcării ansamblului de abordări în psihopatologie obliterează uneori reflecția psihopatologică și, de aceea, se recomandă o *abordare integrativă* a lor, accentul punându-se pe complementaritate, obiectiv greu de atins" (Widlocher).

1. Abordarea ateoretică

Ideea a apărut în Statele Unite și a condus la apariția DSM-urilor (primul a apărut în 1952, ultimul – DSM IV – în 1994).

Această abordare constă în descrierea manifestărilor clinice ale acestor tulburări și, de aceea, este denumită „descriptivă". Avantajul acestei abordări a reprezentat un progres având în vedere dispariția „Babelului psihiatric".

În lipsa unei etiologii și a unei patogenii specifice, el se argumentează prin existența unor evoluții identice a grupurilor de maladii (dacă evoluția e identică și cauza e identică).

Pragmatismul american și orientarea comportamentalistă nu au fost lipsite de critici, deși ediția a fost comparată cu tratatul lui Kraepelin (Pichot et Guelfi).

2. Abordarea behavioristă

Behavioriștii resping orice cauză internă ca o cauză ultimă a comportamentului și leagă apariția oricărui comportament de mediul înconjurător al subiectului.

Comportamentele anormale și normale sunt dobândite și menținute prin mecanisme identice și în conformitate cu legile generale ale învățării (Staats).

O importanță particulară este acordată istoriei perioadei de învățare și a condițiilor de învățare descrise ca lacunare sau inadecvate.

Este criticată pentru că exagerează în abordarea socială a învățării comportamentului anormal (Bandura).

3. Abordarea biologică

Pune accent, în principal, pe influența modificărilor morfologice sau funcționale ale sistemului nervos asupra genezei tulburărilor mintale.

Teza conform căreia afecțiunile mintale sunt substratul organic este veche, lucrarea lui Kraepelin fiind în general considerată ca apogeul psihiatriei organiciste.

Evoluția ulterioară implică apariția a două curente: psihobiologia (dezvoltată de Meyer) și organodinamismul (Ey) – părinții fondatori ai neuroștiințelor.

4. Abordarea cognitivistă

Vizează explicarea tulburărilor mintale ținând cont de procesele prin care o persoană dobândește informații despre sine și mediu, asimilându-le pentru a-și regla comportamentul (Hardy), reinvocându-l pe Wundt care admitea o formă de judecată precognitivă.

Teoria lui Beck susține că distorsiunea cognitivă ar fi elementul cauzal în depresie, criticată și apoi reluată de Coyne și Gotlieb, reluare care l-a condus pe Peterson și Seligman la abordarea cognitivistă a depresiei.

Silverman reafirmă afectarea comportamentului de prezențe subliminale.

5. Abordarea dezvoltării umane

Are la bază lucrările lui Zigler și colaboratorilor săi care consideră dezvoltarea patologică a adultului drept o lipsă de integrare a competențelor sociale, emoționale și cognitive, importante pentru adaptarea la un anumit nivel de dezvoltare.

Achenbach a abordat dezvoltarea psihopatologiei copilului și adolescentului.

O altă contribuție a rezultat din studiul sistematic al derulării vieții diferitelor persoane, cu scopul de a decela indicii privind originile și dezvoltarea tulburărilor mintale.

Din perspectiva dezvoltării, Meyer susţine abordarea ciclului vieţii, prin compararea prevalenţei diferitelor tulburări.

6. Abordarea ecosistemică

Interacţionismul (sinteză dialectică între personalism şi situaţionism) a evoluat spre abordarea ecosistemică datorită a două progrese epistemologice, şi anume: teoria generală a sistemelor şi ecologia umană.

Ecosistemul uman, unitate de bază în câmpul ecologiei umane, se schimbă permanent, pentru a-şi menţine stabilitatea.

Abordarea ecosistemică propune o interpretare diferită a noţiunilor de sănătate mintală, patologie, simptom (ex: simptomele sunt considerate drept o metaforă a relaţiilor interpersonale).

Reţelele sociale constituie a doua temă utilizată pentru a ilustra abordarea ecosistemică (Pattison).

Conflictul de rol, privarea de rol, conflictul de valori introduc factorii de stres.

7. Abordarea etnopsihopatologică

Etnopsihopatologia studiază raportul dintre tulburările psihopatologice şi cultura pacientului.

Actualmente, în etnopsihopatologie se înfruntă două mari *perspective:*

A. *emică* – subliniază ceea ce este specific unei anumite culturi şi poate fi ilustrată în special prin sindroamele „cu specificitate culturală" sau „legate de cultură" care nu apar decât în anumite comunităţi culturale (amok, koro);

B. *etică* – privilegiază universalitatea tulburărilor, existenţa unor invarianţi clinici (programele de cercetare ale OMS asupra tulburărilor depresive şi schizofreniei aduc argumente în favoarea acestei poziţii).

8. Abordarea etiologică

Aportul etologiei este euristic, întrucât permite formularea de ipoteze privind originea tulburărilor psihopatologice.

Aduce o contribuţie importantă la înţelegerea manifestărilor psihopatologice prin descrierea minuţioasă a schemelor comportamentale.

Cercetarea bazată pe o abordare etologică cuprinde trei faze: descriptivă, exploratorie şi evaluativă.

9. Abordarea existenţialistă

Această abordare porneşte de la perceperea pacientului aşa cum este el în realitate, descoperirea sa ca fiinţă umană, ca fiinţă în lume, şi nu drept o simplă proiecţie a teoriilor noastre despre el.

Consideră persoana umană un proces şi nu un produs.

Insistă asupra faptului că fiinţa umană îşi poate influenţa relaţia cu destinul.

10. Abordarea experimentală

Psihopatologia experimentală este abordarea consacrată studiului comportamentului patologic experimental.

În 1903, Pavlov foloseşte pentru prima dată termenul de psihopatologie experimentală, subliniind importanţa experimentelor pe animale pentru înţelegerea patologiei umane.

În 1928-1930, Baruk şi Jong, studiind catatonia la animale, au arătat importanţa studiului biochimic al psihozelor şi faptul că se pot produce în laborator (cu ajutorul bulbocapninei) perturbări psihomotorii de tip catatonic, specifice schizofreniei.

Impactul acestor cercetări în plan terapeutic nu a fost însă semnificativ.

11. Abordarea fenomenologică – îşi are originile în filosofia fenomenologică germană.

Demersuri principale:

• descriptiv (Jaspers) – psihopatologia se ocupă mai ales de ceea ce trăiesc bolnavii, le studiază stările sufleteşti, încercând să le dezvăluie semnificaţiile;

• demers impregnat de referinţe filozofice (Binswanger) – studii asupra schizofreniei, maniei şi melancoliei.

Modelul fenomenologic de cercetare are *două caracteristici principale:*

1. nu caută cauzele unei boli sau ale unei deviaţii care au condus la internare;

2. încearcă să descopere care este „experiența nebuniei" pornind de la cei care au trăit-o şi care devin astfel principale surse de informații şi date.

12. Abordarea psihanalitică

Are o importanță capitală, atât pentru partizanii ei, cât şi pentru adversari sau pentru cei care se situează între aceste două poziții extreme.

Unele contribuții ale abordării psihanalitice în psihopatologie au o semnificație deosebită:

- importanța trecutului personal;
- importanța sexualității;
- importanța experiențelor individuale;
- conceperea bolii mintale dintr-o perspectivă funcțională ca o tentativă de ajustare, de rezolvare a unor probleme care nu au putut fi rezolvate într-o altă manieră, mai satisfăcătoare.

13. Abordarea socială

Psihopatologia socială are două obiecte de studiu principale:

- rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice (sau sociogeneza acestora);
- repercursiunile bolii mintale asupra relațiilor pacientului cu mediul său social.
- Preocupările specifice câmpului psihopatologiei sociale au ca teme următoarele:
- relația dintre apariția tulburărilor mintale şi apartenența la o clasă socială – ipoteza „derivei sociale" = persoanele cu schizofrenie alunecă spre partea de jos a structurii sociale, ca rezultat al incapacității lor de a face față problemelor cotidiene (Goldberg şi Morrison, 1963);
- variația istorică a datelor epidemiologice – (ex.suicid, schizofrenie).

14. Abordarea structuralistă

Este legată de dezvoltarea puternică a structuralismului, important curent de gândire care propune căutarea unor explicații prin folosirea noțiunii de structură.

Structura este aranjamentul în care părțile sunt dependente de întreg și, prin urmare, solidare între ele.

Are caracter de totalitate, de transformare și autoreglare.

Descoperirea unei structuri trebuie să permită o formalizare (Piaget).

Unde poate fi situată granița teritoriului psihopatologic dacă înțelegerea funcțională a relațiilor dintre procesele mintale și creier deplasează limitele oricărei abordări, creând premizele unei referințe teoretice sau metodologice unificatoare și federalizatoare, chiar dacă pe alocuri ea rămâne dogmatică?

Dualismul ontologic al minții și materiei cerebrale care a dominat în anumite câmpuri științifice, nu mai poate fi susținut în contextul științific actual.

Este imposibil astăzi să mai opunem psihopatologia clinică și neuroștiințele, adică de a distinge și de a opune psihismul și creierul în cadrul unei perspective dualiste ontologice. Se impune o epistemologie comună care recunoaște achizițiile fiecărui nivel – psihologic și cerebral, social și cultural –, dar și dependența lor reciprocă.

Se poate afirma că evenimentelor mintale și comportamentale le corespunde o succesiune de evenimente cerebrale.

Limitele și dependențele dintre științele socio-umane și cele biologice sunt, în cele din urmă, determinate tot de limitele tehnice ale metodelor de observare a funcționării cerebrale. Încă de la origini psihopatologia a fost intuită cu substrat biologic (Lanteri-Laura și del Pistoia, 1994).

Nu ne mirăm că granițele psihopatologiei sunt regulat repuse în discuție, mai ales între aceasta – pe de o parte – și neuropsihologie și științele creierului – pe de altă parte. De exemplu:

– între neurologie și psihiatrie (depresie, demență, stări posttraumatice etc);

– între neuropsihologie și psihopatologie (tulburări executive ale memoriei, atenției în psihoze și depresie);

– între neurologie și psihopatologie (ex: tulburări ale conștiinței în traumatismele cerebrale).

Acceptând că există un nucleu psihopatologic stabil (stări nevrotice, psihotice etc.) care se structurează continuu, alături de faptul că, în leziunile cerebrale există un continuum de anomalii

comportamentale şi mintale, conturăm necesitatea unei lecturări şi înțelegeri transdimensionale şi transnosografice in psihopatologie.

Subiacent acestei continuităţi între diferite domenii ale comportamentului se întinde un continuum de mecanisme cerebrale, de operaţii mintale şi de funcţii aflate la baza producerii şi reglării stărilor mintale oricare ar fi câmpul de observare a lor.

Acceptând interacţiunea permanentă dintre activităţile cerebrale şi cele mintale este necesar să distingem între cauze şi mecanisme, în sensul că doar acestea din urmă apar ca fiind comune.

În final, conchidem că „hotarele" şi obiectele de limită constituie numai o falsă problemă: ***mecanismele cerebrale şi cognitive subiacente faptelor psihopatologice sunt comune şi altor patologii ce implică sistemul nervos central,*** punând în lumină continuumul de operaţii elementare ale funcţionării cerebrale, aflate la baza comportamentului şi activităţii mintale observabile.

Cu siguranță, psihopatologia va trebui redefinită, întrucât faptele clinice vor trebui regândite la diferenţă de scară în organizarea comportamentală, de la nivel intenţional până la nivel executiv.

În aceste condiţii, hegemonia modelului lezional, ca singurul cauzal şi explicativ, va trebui să cedeze în favoarea:

• disfuncţiilor neuronale;
• circumstanţelor anatomo-funcţionale responsabile de cooperare;
• sincronizării între arii corticale şi/ sau subcorticale;
• proceselor de neuroplasticitate;
• proceselor de neurodezvoltare şi de degenerare neuronală;
• intersubiectivităţii şi empatiei.

Suntem în faţa unui viitor ce ar putea să unească cele două ştiinţe ale minţii (socio-umane şi biologice) prin progresul consacrat al cogniţiilor sociale şi să înţelegem faptele psihopatologice definite în planul intenţionalităţii şi al intersubiectivităţii.

ABORDARE SEMIOLOGICĂ ȘI TAXONOMICĂ ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ. DEZVOLTARE ȘI DEGENERESCENȚĂ DIN PERSPECTIVĂ SEMIOLOGICĂ ȘI TAXONOMICĂ

George Talău

SEMN – SIMPTOM – SINDROM

În centrul preocupărilor oricărui clinician se află stabilirea cu precizie a diagnosticului bolii. Fără un bun dignostic nu se poate stabili o terapie justă și nici un pronostic evaluat corect. *Diagnosticul pozitiv* presupune discutarea obligatorie a diagnosticului diferențial. *Diagnosticul etiologic* presupune stabilirea cauzelor. *Diagnosticul formelor clinice* stabilește diferitele aspecte clinice pe care le îmbracă boala.

Modul de gândire al medicului trebuie să fie dialectic, adică să nu privească boala ca o entitate abstractă, ci ca un proces în desfășurare la care ia parte întreg organismul, ca un singur tot, în strânsă relație cu mediul înconjurător. În esență, observația noastră medicală trebuie să aibă un conținut holistic, căci numai în felul acesta putem privi bolnavul în mediul în care el trăiește. Boala are strânse legături cu mediul familial, profesional, social și cultural din care bolnavul face parte. Fără toate aceste date care formează așa numitul „complex social" observația clinică nu poate fi completă.

Modul de manifestare a bolilor a impus noțiunea de *„simptom"*. Tot tradițional și oarecum artificial, simptomele au fost împărțite în generale, funcționale (subiective) și fizice (obiective). Nu se poate susține că unele simptome generale nu sunt și subiective (frison, febră, astenie) după cum, multe din cele obiective sunt apreciate și de bolnav (icter, variații de culoare, consistență a scaunelor). Deasemenea, cele

funcționale pot depinde de tulburarea funcțiilor mai multor aparate deodată, de exemplu: *durerea toracică* (pulmonară, pleurală, coronariană, radiculară) sau *melena* (digestivă, hepatică sau prin tulburări de coagulare).

De notat și diferența între simptom și semn. O anumită grupare de simptome (generale, funcționale și fizice) pot deveni semnele unei boli (frisonul, febra, junghiul, dispneea, suflul tubar, ralurile crepitante reprezintă laolaltă semnele unei pneumonii lobare).

Distincția între simptom și semn constă în faptul că simptomul aparține simțurilor și semnul aparține raționamentului. Semnele bolilor nu pot exista fără simptome, succesiunea și ansamblul simptomelor constituie semnele de boală. Se poate spune că orice simptom este un semn, dar nu orice semn este un simptom. Simptomele se observă numai în cazuri de boală, în timp ce semnele aparțin și sănătății. Se utilizează termenul de semn în cazul în care un anumit simptom sau un grup de simptome este caracteristic pentru o anumită boală și suficient pentru a o diagnostica (patognomonic). Noțiunea de *semn* semnificativ prin el însuși, în psihiatrie practic nu există. *Semnul* trebuie definit într-un mod relativ într-un joc al diferențelor, într-un joc de comparare, în funcție de context, de o situație unică. El trebuie tratat ca un mesaj. El nu există în sine, ci pentru un subiect și într-o anume situație. Diferența între semn și simptom se pierde, ambele fiind purtătoare de valori subiective, revelatoare pentru un moment esențial al realității lui psihice. În mod paradoxal, simptomul sau semnul devin semnificante prin însăși absența lor (absența unei reacții emoționale acolo unde, în general, ea este așteptată, subliniază un gol sau o dificultate sau chiar un conflict interior).

Noțiunea de sindrom presupune grupări de simptome care în ansamblul lor sunt caracteristica unei anumite grupe de boli, fără a se identifica cu acestea (ex. sindromul lichidian pleural întâlnit în pleurezii, hidrotorax, hemotorax). Există însă și sindroame care permit o sinteză în vederea elaborării unui diagnostic.

Prin urmare, nu există o semiologie „obiectivă", simptomul/ semnul reprezentând o parte a realității psihice aflate în lucru, o interpretare subiectivă a acesteia. Din această perspectivă diagnosticul stării prezente în psihiatrie nu are decât o valuare ipotetică fără un ghidaj istoric, al firii și al contextului.

Psihopatologia descriptivă este structurată tradițional după modelul medical al simptomelor și sindroamelor, însă trebuie precizat că diagnosticul unei stări psihopatologice este doar prefigurat de psihopatologia descriptivă. În plus, multe stări psihopatologice descrise prin simptome au un echivalent în normalitate (tristețe/ depresie, anxietate/ spaimă, oboseală/ astenie, etc.). Psihopatologia descriptivă a preluat din tradiția semiologiei medicale noțiunea de simptome și sindroame cu precizarea că diferența între simptom și sindrom nu este foarte tranșantă, ele trebuind a fi înțelese pe fundalul existenței în ansamblu a persoanei.

Multe trăiri psihice nu ating pragul unui diagnostic psihiatric, chiar dacă ele înseamnă suferință și dezadaptare (o tristețe poate fi normală dacă se instalează comprehensibil și dacă are o intensitate rezonabilă).

Putem spune că prezența unei realități psihopatologice rezultă din neadecvarea și intensitatea unei trăsături adaptative firești, dublată de dezimplicarea și manifestarea rigidă decontextualizată ce produce o detresă socială semnificativă. Simptomele în psihiatrie au în general o specificitate redusă (ex. dificultatea de concentrare a atenției), în timp ce altele au o trimitere semiologică mai precisă (indecizia este caracteristică obsesionalității, deși ea poate apărea și în depresie și schizofrenie).

Semiologia psihopatologică operează în mod frecvent cu grupaje simptomatice care în unele situații capătă valori patognomonice, în timp ce în alte situații ele sunt numai orientative. Nu puține sunt situațiile în care putem vorbi de complexe realizate prin intersecția mai multor sindroame. Semiologia centrată pe sindrom nu se poate realiza decât din perspectiva unor cazuri ideale de referință. În realitatea clinică se întâlnesc de obicei combinații de sindroame sau între mai multe subsindroame ale acestora.

Din perspectivă semiologică, psihopatologia descriptivă este ghidată de gândirea psihopatologică ce are în vedere trei coordonate: cognița, afectivitatea și voința, sintetizate într-o instanță centrală definită ca Eul conștient. Cele trei coordonate se corelează constant, centrarea făcându-se întotdeauna pe Sinele identitar – indiferent că este vorba de o acțiune pragmatică sau de o relaționare interpersonală.

Diagnosticul în psihiatrie are nevoie, pe lângă o cunoaștere teoretică serioasă și amănunțită, de o bună și suficientă practică, alături de o construcție morală superioară.

În consecință, expertiza medico-legală psihiatrica, pentru a-și păstra demnitatea și credibilitatea, are nevoie de profesioniști de vârf.

Subliniem că în vederea reconstituirii capacității psihice/ discernământului/ competenței specifice, expertul în psihiatria medico-legală trebuie să aibă în vedere relația semn – simptom – sindrom, încadrarea înt-o anumită grupă nosologică nefiind edificatoare în formularea răspunsului la obiective. Încadrarea diagnostică (cu limitele și specificul psihiatric) este necesară altor coordonate ale psihiatriei medico-legale. De altfel, acest aspect este subliniat și în DSM (toate variantele).

ABORDARE TAXONOMICĂ

Medicina este o știință în continuă schimbare. Cercetări și experiențe clinice noi lărgesc în continuu cunoașterea noastră și aduc schimbări în deciziile noastre. O mulțime de concepte în psihiatrie sunt extrem de complexe, controversate, dificil de înțeles și cu multe necunoscute

Avem obligația să acceptăm standardele consensuale internaționale și să deliberăm în mod profesional și responsabil. Psihiatria se confruntă cu o simptomatologie care este mult mai greu de controlat decât cea somatică. Nevoia de ajutor medical este, deasemenea, diferit înțeleasă. Cadrele nosologice sunt mult mai greu clasificabile și mult mai instabile în evoluția societăților și civilizațiilor.

Dificultățile (dilemele) în procesarea taxonomică se pot ilustra prin întrebări de tipul:

- normal sau anormal?
- când o tristețe devine boală depresivă?
- când o frică de un paianjen devine fobie?
- când o idee neobișnuită devine delirantă?

În aceste condiții, în vederea realizării unui limbaj comun, fezabil comunicării intra- și interdisciplinare trebuie să avem în vedere următoarele:

- asocierea simptomelor în sindroame,
- regăsirea sindromului în media teoretică a nosografiei psihiatrice,

• cadrul minim de timp evolutiv,

• distres sever/ interferența cu funcționarea deficitară sau adaptativă a persoanei,

• investigațiile clinice.

Mijlocul specific psihiatric de judeca în sensul celor expuse este *interviul psihiatric.* ***Interviul psihiatric*** este principalul mijloc de evaluare în activitatea clinică psihiatrică și se constituie ca suport de inițiere a planului de tratament și îngrijire. În ciuda achizițiilor majore în neuroimagistică și neurochimie nu există proceduri de laborator care să furnizeze atâtea informații precum observarea, ascultarea și interacțiunea cu pacientul, însă niciuna dintre ele nu poate să substituie informațiile adunate prin interviul psihiatric. Scopul interviului psihiatric este acela de a selecta problemele pacientului în categorii largi de tipologie, severitate și evoluție, chestionând, până la detaliu, în importantele arii nosologice.

JUDECATA CLINICĂ

Abordarea taxonomică impune un raționament care, scolastic se poate prezenta într-o schemă de relaționare astfel:

1. Stabilirea existenței sau nu a unei tulburări mentale în sensul că trebuie să ne întrebăm (și să ne răspundem totodată) cu privire la ***existența, la pacient a unei tulburări mintale.*** Această întrebare este întrebarea fundamentală la care clinicianul trebuie să răspundă. De acest răspuns este legată necesitatea sau nu a evaluării, respectiv a tratamentului.

2. A doua întrebare pe care trebuie să și-o pună clinicianul se referă la gradul de severitate (***Cât de severă este tulburarea?***). Răspunsul are în vedere necesitatea nivelului de tratament (spital/ ambulator), respectiv evaluarea severității funcție de periculozitatea pentru sine și pentru alții, deteriorarea abilității de autoîngrijire, funcționarea socială și rolurile ocupaționale.

3. Odată precizate răspunsurile la primele două întrebări urmează, în ordine logică o a treia întrebare care necesită răspuns obligatoriu. ***Există disfuncții cerebrale cunoscute în tulburarea mentală?*** Cu toate că etiologia biologică nu e stabilită în mod clar pentru nici o tulburare mentală (cu excepția celor clasificate ca „psihoorganice"), există evidențe (imagistice, EEG) care sugerează un

suport organic, alături de răspunsuri cunoscute la tratamente biologice și psihosociale.

4. După ce se răspunde la aceste întrebări ne putem referi la diagnostic (***Care este diagnosticul?***). Informații descriptive cu privire la semne, simptome și evoluția în timp sunt utilizate pentru a aloca un diagnostic problemei prezente, prognosticului și tratamentului.

5. Odată stabilit diagnosticul trebuie să apreciem ***nivelul de bază al funcționării pacientului***, (care a fost cea mai bună stare a sa, care a fost starea cea mai uzuală). În acest sens se vor evalua simptomatologia, relațiile interpersonale, relațiile profesionale, activitățile din timpul liber, funcțiile Eu-lui.

6. Omul evoluează într-un anumit mediu, ceea ce impune ***analiza factorilor de mediu*** care contribuie la dezvoltarea bolii respective. Acești factori de mediu includ: evenimente acute care precipită apariția bolii (pierderi, schimbări, evenimente traumatice etc), evenimente pe termen lung care cresc vulnerabilitatea generală, predispunând la apariția bolii și/ sau înrăutățesc răspunsul la tratament.

7. Urmează ***analiza comorbidității*** (a condiției somatice), respectiv identificarea factorilor biologici ce contribuie la boală. Factorii care pot afecta SNC sunt genetici, prenatali, perinatali, postnatali (abuzul de substanțe, infecții intrauterine, complicații la naștere, expunerea la toxine, hipoxie etc.).

8. Factorii psihologici (condiția psihologică) trebuiesc identificați deoarece se integrează în gândirea ontologică psihiatrică. Deficitele generale îmbracă întreaga gamă a funcționării egoului incluzând: testarea săracă a realității, mecanisme de apărare rigide sau maladaptative, abilitatea diminuată de a tolera afecte, impulsivitatea, sentiment al sinelui sărac sau instabil, stimă de sine diminuată, relații ostile, distante sau dependente de ceilalți.

Înțelesul fiecărui eveniment în contextul vieții pacientului se poate constitui ca factor psihologic contributiv.

9. Pentru o judecată clinică corectă trebuie să ne facem pentru fiecare pacient examinat în parte ***baza de date psihiatrice*** care să cuprindă: date de identificare, motivele consulației (în cazul nostru – implicațiile medico-legale, stabilirea capacității psihice/ discernământului/ competenței specifice/ periculozității sociale), istoria bolii prezente, istoria trecutului psihiatric, istoria trecutului medical, istoria

personală, istoria familială, examinarea stării mentale. Raționamentul concluziv implică obligatoriu examinări interclinice (neurologică, oftalmologică, endocrinologică) și investigații paraclinice.

Psihiatria se situează într-o poziție interdisciplinară, psihiatrul având datoria să se ridice deasupra contururilor, granițelor disciplinare și să obțină o viziune epistemologică – singura ce-l poate plasa cât mai aproape de o decizie justă în suferința sufletească și mentală.

Medicul psihiatru trebuie să aibă o bună pregătire medicală pentru că el, în fapt, operează cu 2 competențe, una de medic de medicină generală și una de medic psihiatru. Atunci când competența psihiatrului este depășită cu privire la evaluarea și tratamentul afecțiunii psihice/ medicale se impune solicitarea unui consult interdisciplinar pentru aprofundarea investigațiilor și instituirea unui tratament specific.

Medicația psihotropă obligă la măsurarea cantitativă a nivelelor plasmatice a medicamentelor utilizate în scopul stabilirii unei doze terapeutice eficiente, precum și diagnosticarea și cuantificarea gradului de toxicitate a unor droguri de abuz. În ultimul timp s-au descoperit anumiți markeri biologici sau imagistici ce pot fi identificați în contextul unei anumite tulburări psihiatrice, dar nu s-a putut stabili cu certitudine validitatea acestora și încadrarea lor într-un anumit protocol de investigație. Este bine să se cunoască aceste aspecte deoarece, în țara noastră, medicina legală are direcții multiple de studiu și nu se știe când psihiatrii ar putea fi chemați să-și spună părerea.

10. Investigațiile paraclinice folosite în psihiatria medico-legală:

a) Din testele hematologice reținem: *fenotiazinele* (în special *clozapina*) – sunt asociate cu leucopenie sau chiar cu agranulocitoză; *tratamentul cu litiu* – poate fi însoțit de o leucocitoză moderată; *sindromul neuroleptic malign* – poate fi însoțit de o creștere marcată a leucocitelor (15000 – 30000/ mm^3); *anemiile feriprive* – se pot asocia cu astenie, depresie psihoză; *anemiile megaloblastice* – se pot asocia cu agitație, delir, fatigabilitate, psihoză, modificări ale personalității.

b) din testele biochimice reținem:

• *hiponatriemia* – se poate acocia cu următoarele condiții medicale și psihiatrice: Boala Addison, Sindromul secreției inadecvate de ACTH, Polidipsie psihogenă;

• *hipokaliemia* – se poate asocia cu: vărsătură psihogenă, bulimie cu abuz de laxative, stări de fatigabilitate, modificări EKG, ileus paralitic, pareză musculară;

• *hipercalcemia* – se poate acocia cu: slăbiciune, depresie, astenie, psihoză, modificări EKG;

• *hipocalcemia* – se poate asocia cu: depresie, delir, iritabilitate, spasm carporeal, laringospasm;

• *magneziul plasmatic* este de obicei scăzut în alcoolism; *hipomagneziemia* se poate însoți de delir, agitație, convulsii, comă;

c) Determinările enzimatice ne pot orienta astfel:

• *Amilaza serică* – este utilizată în monitorizarea pacienților bulimici (cantitate crescută);

• *Alaninaminotransferaza* – implicată în evaluarea afectării toxice a ficatului;

• *Aspartataminotransferaza* – indicator al afectării funcției hepatice;

• *Creatinfosfokinaza* – implicată în sindromul neurleptic malign, abuzul de substațe, distonia determinată de antipsihotice, la pacienții aflați în mijloace de contenție;

• *Gamaglutamiltransaminaza* – crescută în alcoolism.

d) Testarea funcției renale:

• *Examenul sumar de urină*, în scopul cercetării unor condiții medicale (nefrotice, diabet zaharat, diabet insipid, boli hepatobiliare etc) ce pot induce tulburări psihice;

• *Ureea plasmatică* – asociată cu tulburări ale stării de conștiență;

• *Creatinina plasmatică* – pentru aprecierea afectării nefronilor, importantă în administrarea de antipsihotice;

• *Clearance-ul de creatinină* – pentru monitorizarea funcției renale în tratamentul cu litiu;

e) Alte determinări frecvente la pacientul psihiatric:

• *proteinele totale* – pot scădea în malnutriție, anorexie nervoasă, depresie, tratament antidepresiv, antipsihotic sau anticonvulsivant. Creșterea proteinelor totale se întâlnește în lipsa hidratării;

• *bilirubina totală* – crescută în afecțiuni ale ficatului determinată de consumul abuziv de alcool și de administrarea îndelungată a medicamentelor psihotrope;

• *amoniacul plasmatic* – poate fi crescut în cazul encefalopatiei din cadrul insuficienței hepatice și dă naștere la o alterare a statusului mental și tulburări ale conștienței, delir, somnolențe, convulsii, comă.

11. Condițiile medicale care se manifestă prin simptome psihiatrice trebuiesc argumentate.

a) dintre condițiile medicale cu simptome psihiatrice asociate cu modificarea testelor de laborator reținem *porfiria acută intermitentă*, asociată cu agitație episodică, apatie sau depresie, alături de simptomele sale clasice (dureri abdominale, neuropatie), fiind însoțită de creșterea uroporfirinei în perioadele simptomatice, creșterea acidului amino-levulinic și *Boala Wilson* (degenerare hepatolenticulară) care se manifestă cu scăderea ceruloplasminei, scăderea clorului seric, creșterea cuprului urinar; prezența depozitelor de cupru în ficat și rinichi.

b) Testele toxicologice sunt folosite în consumul abuziv de droguri, terapii medicamentoase, intoxicații accidentale;

c) Testele imunologice se folosesc în boli infecțioase (sifilis, HIV – SIDA, hepatita virală, infecția cu virusul Epstein – Barr și cu citomegalovirus), boli autoimune (lupusul sistemic eritematos, tiroidita autoimună);

d) Testele nutriționale servesc orientării spre deficitele de vitamine (mai ales din grupul B) și de minerale;

e) Testele endocrine sunt necesare în evaluarea funcției tiroidiene, evaluarea funcției corticosuprarenalei, evaluarea hormonului de creștere, măsurarea prolactinei, evaluarea funcției sexuale;

f) Testele imagistice și bioelectrice sunt obligatorii: Radiografia craniană (inclusiv radiografia de șa turcească), Computer tomografia, Rezonanța magnetică nucleară, Tomografia cu emisie de pozitroni, Electroencefalografia, Polisomnografia, Radiografia cardio-pulmonară, Electrocardiograma, Monitorizarea holter.

12. Investigarea psihologică implică observația, interviul psihologic (structurat și semistructurat), testare psihologică propriu-zisă, aprecieri după scale clinice de model psihologic. Dintre testele psihologice cele mai uzitate reținem:

a) Teste de inteligență: Scala Wechsler (WAIS/ WISC, Testul Stanford-Binet, Matricile progresive Raven;

b) Chestionare de personalitate: MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, EPQ – Eysenk Personality Questionnaire, 16 PF – The 16 PF Factor Test, CPI – California Personality Inventory, FPI – Freiburg Personality Inventory;

c) Teste proiective: Testul Rorschach, TAT – The Thematic Aperception Test, Testul Szondi

Relativ la testele psihologice subliniem că trebuie să se folosească teste validate pentru țara respectivă. La noi în țară a fost validat SCID–II (chestionar cu aplicativitate în psihiatria medico-legală), test care în prezent este folosit pe scară largă de către specialiștii în acest domeniu).

13. Scale clinice:

a) Scale de evaluare a anxietății: HAM –A (Hamilton Rating Scale for Anxiety), SPRAS (Sheehan Patient – Rated Anxiety Scale), Scalele Spielberger – STAI (State/Trait Anxiety Inventory), Y-BOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale), DTS (Davidson Trauma Scale);

b) Scale de evaluare a depresiei: HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression), MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), BDI (Beck Depression Inventory), CDRS (Cornell Dystimia Rating Scale);

c) Scale de evaluare a riscului suicidar: BSS (Beck Scale for Suicide Ideation), California Risk Estimator for Suicide;

d) Scale de evaluare a maniei: YMRS (Young Mania Rating Scale), Scala de manie a lui Altman;

e) Scale de evaluare a psihozei: BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale), PANSS (Positive and Negative Symptom Scale for Schizofrenia), SAPS (Scale for Assessment of Positive Symptoms), SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms);

f) Scale de evaluare a nivelului funcțional:CGI (Clinical Global Impression), CGI – I, CGI– S, GAF (Global Assessment of Functioning), GARF (Global Assessment of Relational Functioning);

g) Scale de evaluare a mișcărilor involuntare:AIMS (Abnormal Involuntary Movement Disorder), SAS (Simson Angus Scale), BAS (Barnes Akathisia Scale);

h) Scale de evaluare a abuzului de substanțe:CAGE, AUDIT, ASI (Addiction Severity Index);

i) Scale de evaluare a calității vieții:QOLI (Lehman Quality of Life Interview), PGWB (Psychological General Well Being Schedule);

j) Scale de evaluare a impulsivității/ agresivității:BDHI (Buss-Durkee Hostility Inventory), OAS-M (Overt Agression Scale – Modified);

k) Scale de evaluare geriatrică:MMSE (Mini-Mental State Examination), ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale), BLS (Blessed Dementia Scale).

La fel ca la testele psihologice și pentru scalele clinice sunt necesare validări pentru fiecare țară. Aceste validări sunt mai ușor de realizat deoarece, totuși, există un consens internațional privind principalele coordonate semiologice, sindromologice, nosologice, consens gestionat de către OMS dar care nu exclude particularitățile fiecărei țări. În prezent, în domeniul psihiatriei medico-legale, s-a impus în domeniu, HCR-20 care vizează riscul de reiterare a unei fapte penale (inclusiv periculozitatea socială).

14. Pașii judecății clinice expuși urmează un parcurs de model medical (medico-psihologic) dar structura ontologică a persoanei are și o latură socio-spirituală care complică raționamentul clinic. În vederea completării raționamentului care este impus de demersul concluziv al psihiatriei medico-legale mai sunt necesare ***investigațiile socioculturale și religioase, observația*** (observația indirectă, observația participativă), ***ancheta socială*** (chestionar, interviu), toate legate într-o analiză secundară ce va fi relaționată prin metodologie logică de analiza principală.

15. Expertul în psihiatria medico-legală are obligația, ca în judecata clinică să ia în calcul (în cadrul raționamentului decizional) și ***factorii perturbatori.*** Aceștia țin de rasă, etnie, cultură și de repere socio-economice și pot influența cursul interviului între pacient și intervievator. Statusul emoțional poate deasemenea, interfera și conduce la interpretări și înțelesuri ale comportamentului pacientului și intervievatorului. Ignoranța bine intenționată poate interfera cu comunicarea și evaluarea corespunzătoare. Unele culturi acordă o importanță mai mare politeții și respectului autorității, în comparație cu culturile vestice. Multe culturi non-vestice acordă o valoare mai importantă solidarității familiale decât individului.

Un expert în psihiatria medico-legală trebuie să analizeze fiecare caz din perspectiva dezvoltării, de la achizițiile gestionate de-a lungul vieții de

la prima copilărie până la etapa îmbătrânirii fiziologie. Fiecare perioadă de viață are caracteristicile ei și propriul său specific normal – anormal.

ABORDAREA PSIHOPATOLOGICĂ ȘI PROCESELE DE DEZVOLTARE

Abordarea psihosocială presupune interacțiunea între sistemele biologic, psihologic și social. Erikson (1963) afirma că viața umană și experiențele sale individuale se produc la interacțiunea dintre aceste trei mari sisteme. Fiecare sistem trebuie înțeles prin pattern-uri de continuitate și schimbări pe tot parcursul vieții (viața este marcată de cicluri de viață cu diverse semnificații, condiționări și durate precum cicluri biologice, instructiv-profesionale, personale, etc.).

Sistemul biologic include toate procesele necesare funcționării fizice și mentale de tipul proceselor genetice, senzoriale, motorii, respiratorii, endocrine, circulatorii, sexual-reproductive, digestive, nervoase.

Sistemul psihologic include toate procesele mentale centrale ce privesc abilitatea unei persoane de a înțelege din experiență, de a lua decizii și de a iniția acțiuni (emoție, memorie, percepție, limbaj, etc).

Sistemul social include acele procese care întrețin sau întrerup sensurile persoanei de integrare și identitate socială (ritualuri, mituri, expectanțe sociale, roluri sociale, suport social, organizare familială, etnie și influențe subculturale, ideologii politice și religioase, etc.).

Înțelegerea dezvoltării umane reprezintă un deziderat al antropologiei moderne. Ca în toată abordarea teoretică psihiatrică și în această direcție au apărut teorii, nici una din ele nedeținând cheia înțelegerii definitive dar fiecare din ele având partea de adevăr de necontestat. Redăm câteva teorii folositoare atât psihiatriei, în general, cât și psihiatriei medico-legale.

1. Teoria evoluției.

Stabilește sensuri și corespondențe între plante, animale și oameni care, în baza selecției naturale, pot explica varietatea comportamentului uman prin procese adaptative și de extincție a speciilor. Două subspecialități au revoluționat această teorie si anume, etologia și psihologia evoluționistă. Teoria explică emergența și modificarea speciilor ca rezultat al selecției naturale, transmisia informației genetice de la o generație la următoarea.

2. Teoria psihosexuală

Este implicată în următoarele repere: motivație și comportament, nivele de conștiență (procese conștiente, preconștiente și inconștiente), structura personalității (ID, ego, superego), stagii de dezvoltare (oral, anal, falic, latent, genital), mecanisme de apărare, teoria de relaționare a obiectelor (elaborarea actuală a teoriei psihosexuale). Teoria psihosexuală statuează originile vieții mentale (dezvoltarea personalității, emoțiilor, motivației, impuls-control, moralității).

3. Teoria dezvoltării cognitive

Comasează teoria lui Piaget și teoria lui Vygotsky și denumește cogniția ca fiind procesul de organizare și înțelegere a experiențelor:

a) Teoria lui Piaget se referă la echilibru (balanța organizării structurilor motorii, senzoriale și cognitive), adaptare, asimilare, acomodare, inteligență senzorială și motorie, gândirea preoperațională (imitație, jocuri, semnificații, simboluri), gândirea operațional concretă, gândirea operațional formală, metacogniție.

b) Teoria lui Vygotsky înțelege (spre deosebire de Piaget), dezvoltarea ca o interacțiune a factorilor socio-istorici și culturali în dezvoltarea cognitivă (cultură, limbaj, procese intramentale, procese intermentale, „egocentric speech", „Inner speech", zonă de dezvoltare proximală).

4. Teoria învățării se referă la condiționarea clasică, condiționarea operațională, învățarea socială și cognitiv-comportamentală.

5. Teoria culturală se referă la norme, credințe, roluri, valori, ritualuri, obiceiuri.

6. Teoria rolului social acordă o importanță deosebită rolului social și identității sociale.

7. Teoria sistemelor este definită ca o teorie a sistemelor deschise ce se bazează pe adaptare, pe organizare, regularizare adaptativă prin feedback, echilibru și armonie.

Dezvoltarea umană și, implicit, travaliul psihic se impune copilului încă de la naștere prin fenomene de învățare, interiorizare, simbolizare, precum și prin dezvoltarea intersubiectivității.

Ea continuă în perioada adolescentină prin confruntări cu o serie de pericole primare, constrângeri primare, conflicte narcisice, căutări identitare, organizând poziții psihice de adaptare și răspuns față de schimbările mediului.

Rolul central al acestor procese este de a prefigura destinul psihic, el devenind fundamental în procesul de identificare proiectivă și funcționalitate psihică a adultului de mai târziu. Cu volumul de achiziții dobândite, adultul intră în perioada vârstei a treia.

SCHIZOFRENIA, TULBURAREA BIPOLARĂ, TULBURAREA DELIRANTĂ, TULBURAREA ANXIOASĂ

Dan Prelipceanu

TULBURĂRILE ANXIOASE

Expertizarea medico-legală psihiatrică a acestor cazuri este rareori necesară. Excepțiile posibile, foarte rare includ unele cazuri în care actul infracțional este consecința unor fenomene compulsive trăite subiectiv, intens, până la exteriorizare în act. In atacul de panică bolnavul, aflat în plin atac anxios, ar putea avea un comportament cu repercusiuni medico-legale. În aceste circumstanțe clinice numai analiza minuțioasă a fenomenologiei clinice poate conduce la aprecierea corectă, individualizată a discernământului.

Tulburările disociative – caracteristici:

• Reacțiile fiind de intensitate psihotică, discernămîntul este abolit.

• „Reacțiile acute și subacute de șoc": Amnezia disociativă/ amnezia psihogenă;

• Fuga disociativă/ fuga psihogenă;

• Tulburarea de depersonalizare;

• Tulburarea disociativă neclasificată altundeva.

SCHIZOFRENIA PARANOIDĂ

In perioada de stare a bolii pot apărea acte extrem de grave, (de obicei omoruri/ leziuni multiple cauzatoare de moarte), fără mobil sau cu mobil absurd, motivat delirant, sau reprezentând un comportament halucinator (halucinații imperative, injurioase), victima fiind întâmplătoare.

În toate aceste situații discernămîntul este abolit.

Această categorie nosologică furnizează (ca și epilepsia) una din reacțiile medico-legale ce trebuie să fie bine cunoscută de psihiatru și anume *omorul patologic.*

Criteriile de apreciere a acestuia sunt: gravitatea actului, modul de executare (fără precauție), motivația (absentă, delirantă, halucinatorie), atitudinea prealabilă (eventuală disimulare la schizofren sau absența oricărui semn premonitor la epileptic), atitudinea față de faptă (disimulare, absența remușcării etc.), rolul victimei (din anturaj sau întâmplătoare). Aprecierea discernământului va fi diferențiată în funcție de etapa evolutivă (faza acută sau faza defectual-reziduală).

Modificările afective de tip schizofren, care însoțesc disociația personalității cu pierderea unității persoanei, pot constitui un motiv în plus pentru actele antisociale produse în faza de stare a bolii (pe lângă aspectele clinice productive și xenopatice expuse mai sus). Aceste fapte apar de aceea comise fără nici o participare afectivă, sau uneori aceasta este neinteligibilă și monstruoasă (un bolnav își ucide fiul, nou-născut, înecându-l în cada de baie, întrucât nu îl consideră, în mod delirant, fiul său).

Debutul medico-legal al schizofreniei de caracterizează de situații clinice în care discernământul este abolit, la fel ca în raptusurile catatonice sau în debuturile medico-legale ale unor forme clinice de schizofrenie (în special cea dezorganizata).

Stările post-psihotice cu defect pur de tip apato-abulic pot genera probleme medico-legale prin sugestibilitate sau inacțiune. Stările reziduale se caracterizează prin persistența unei productivități psihotice reziduale, închistate, dar uneori suficient de intensă pentru a constitui motivația patologică a unor fapte antisociale. În funcție de legătura cauzală dintre tulburările psihopatologice și fapta comisă, discernământul va fi apreciat ca abolit sau scăzut.

TULBURAREA BIPOLARĂ – EPISODUL MANIACAL

Implicațiile medico-legale ale tulburării bipolare privesc aproape în exclusivitate faza maniacală.

Hiperactivitatea dezordonată din această stare, asociată exaltării afective excesive, fugii de idei, mai ales atunci când evoluează supraacut, deseori cu tentă coleroasă (mania coleroasă) care poate

atinge paroxismul în cadrul furorului maniacal, pot prezenta un redutabil potențial medico-legal.

Furorul maniacal presupune totdeauna şi un grad oarecare al obnubilării conştiinţei, care perturbă astfel suplimentar eficienţa intelectuală modificată de boala însăşi (prin creşterea ritmului ideativ şi apariţia delirurilor caracteristice, cu teme de grandoare, bogăţie omnipotenţă etc.). În furorul maniacal şi mania confuzivă bolnavul pierde controlul actelor sale (forţă uneori surprinzătoare pentru habitusul său fizic, distrugând cu violenţă extremă şi inutilă obiectele înconjurătoare, putând ataca şi persoane în mod nemotivat, chiar pe cele din anturaj). Actele ce se pot întâlni sunt loviri, vătămări prin izbucniri heteroagresive împotriva unor persoane în mod fals identificate (ca urmare a falselor recunoaşteri frecvent întâlnite în manie).

Tranzitor, maniacalii mai pot provoca daune materiale în dauna avutului public/ personal prin cheltuirea dezordonată, cu generozitate exagerată, nejustificată a bunurilor sau risipirea altor valori materiale (prodigalitate). Daunele şi acest comportament destul de frecvent întâlnit apar ca simptom-semnal imediat înaintea debutului clinic manifest al fazei maniacale sau, în cadrul evoluţiei, ca urmare a expansivităţii comportamentale, dezinhibiţiei pulsionale şi instinctuale, când poate atinge uneori nivele fabuloase. Constatarea stării psihotice afective în oricare din aceste situaţii va impune aprecierea capacităţii psihice şi discernământului în contextul particular al fiecărui caz (DA/ DS).

Faza depresivă psihotică are un potenţial medico-legal redus. Se pot produce totuşi omucideri în cadrul aşa-numitului omor (sinucidere) altruist, când motivaţia faptei (omor, omor deosebit de grav, dacă se produce asupra mai multor membri ai familiei, soţiei însărcinate etc.) fiind delirantă, se înscrie în cadrul omorului patologic → DA.

TULBURAREA DELIRANTĂ

Delirurile sistematizate cronice (schizofrenia cu evoluţie delirantă tip „parafrenie", paranoia) nu sunt des întâlnite în practica de expertiză medico-legală psihiatrică. Se pot datora unor halucinaţii imperative, idei de influenţă exterioară (parafrenia), când conştiinţa

operațional-logică a expertizatului este distorsionată și deci DA sau unor idei prevalente sau delirante cu conținut interpretativ, cverulent-revendicativ (mistic, politic, reformă socială, invenție etc.), în cazul diferitelor forme clinice ale paranoiei (cverulenții procesivi, „idealiștii pasionați" – Dide, Guiraud, persecutații-persecutori, delirurile pasionale de gelozie în care se produce așa-zisul omor pasional).

TULBURAREA DELIRANTĂ (PARANOIA)

Implicațiile medico-legale (omor pasional din răzbunare pentru gelozie patologică sau prejudiciu erotic, vătămare corporală, leziuni cauzatoare de moarte, denunțuri calomnioase, incendieri etc.) ale acestor forme clinice apar îndeosebi când delirul sistematizat, cu caracter de dezvoltare și inadecvare a întregii conștiințe a bolnavului, evoluează pe fundalul unei personalități stenice din punct de vedere afectiv. Disimularea, întâlnită în unele sindroame paranoide și în paranoia, conferă comportamentului antisocial al unora dintre acești bolnavi, un caracter imprevizibil, cu redutabil potențial medico-legal, discernământul abolit cu atât mai mult cu cât, uneori, sindromul delirant evoluează pe fondul unei deteriorări psiho-organice care potențează deficitul operațional-logic datorat perceperii delirant-halucinatorii a realității înconjurătoare. Aceeași apreciere a discernământului este valabilă și în cazurile de melancolie de involuție sau al altor forme clinice ale depresiei psihotice ale vârstei a III-a.

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE (TP) ÎN PSIHIATRIA JUDICIARĂ

Dan Prelipceanu

Concepția „neokraepeliniană" a **tulburărilor de personalitate** (TP) este promovată de DSM IV. Toate edițiile recente ale DSM (III, IIIR, IV, IVTR) consolidează, mai mult sau mai puțin, clasificarea „categorială" schneideriană.

Pe de altă parte, clusterele sugerează deja tendința de existentă a unor „dimensiuni" care coagulează mai multe tipuri.

Definiția generală a tulburărilor de personalitate conform DSM IV TR include următoarele:

– Existența unui tipar (*pattern*) durabil de comportament,

– „Trăiri" subiective, deviante față de contextul socio-cultural, dar ego-sintone, care merg de la aderența subiectivă pînă la imaginea de sine,

– *Pattern*-ul este persistent, stabil în raport cu situații sociale sau personale diverse, rigid, inflexibil.

Definiția clasică a lui K. Schneider pare infirmată de DSM, ceea ce este parțial adevărat, pentru că psihopatul poate trăi și depresiv defectul de adaptare, îndeosebi după perioadele de decompensare.

Recomandările procedurale de stabilire a diagnosticului după DSM IV TR cuprind în principal următoarele aspecte:

• Caracteristicile definitorii să apară în adolescență.

• Să nu intervină în cadrul unei tulburări de axa I, sau secundar unei adicții. Unele simptome sunt frecvente atât în cazul adicțiilor, cât și unor TP: disforia, labilitatea afectivă, dezinhibiția comportamentală/ sexuală, antisocialitatea.

• Diagnosticul de TP necesită o evaluare pe termen lung.

• Elementele dizarmonice de personalitate trebuie să fie prezente de la începutul perioadei adulte şi trebuie diferenţiate de:

– stările reactive la stresori

– stări mentale tranzitorii (afective, anxioase, intoxicaţii)

• Trăsăturile să fie stabile în timp, dar manifestate în raport cu situaţii diverse (repetate în timp)

• Evaluarea poate fi îngreunată de faptul că individul nu le consideră problematice (trăsăturile sunt ego-sintone, individul îşi conservă propria imagine de sine). De aceea, este necesară ancheta socială, examen psihologic, evaluarea din partea anturajului.

Prevalenţa TP

1. **Procentul de 6-13%** reprezintă *prevalenţa TP în populaţia generală* de-a lungul vieţii (valorile sunt în general recunoscute de diferiţi autori). Acest interval larg depinde de limita între trăsăturile de personalitate şi TP ca atare, luată în considerare în diferite studii.

Conform acestor cifre de s-ar putea situa TP în acelaşi rang de importanţă cu depresia (15%) sau alcoolismul (6%) (*National Comorbidity Survey*, R. Kessler, 2004).

În serviciile psihiatrice ambulatorii prevalenţa este de **30-50 %**, iar în unităţile cu paturi cel puţin **50 %** din pacienţi au şi o comorbiditate din zona TP.

2. Aceste cifre sunt, probabil, rezultatul unei supraestimări, de vreme ce, în studii în care pacienţii au fost evaluaţi cu instrumente structurate, majoritatea diagnosticelor de TP nu s-au confirmat (Paris, 2010). La pacienţii cu tentative repetate suicidare prevalenţa este de **48-65 %.** Nu s-a confirmat o preponderenţă a TP legată de sex deşi unele studii sugerează o prevalenţă mai mare a TP la bărbaţi.

Comorbidităţi cu TP:

• tulburările anxioase

• depresia

• adicţii diverse

• alcoolism (probabil 34%).

TP şi stresul

TP trebuie diferenţiată de TSPT care apare după un stres copleşitor. TP se „decompensează" în afara stresorilor, datorită preexistenţei trăsăturilor dizarmonice de personalitate.

TULBURAREA DE PERSONALITATE
ŞI COMPORTAMENTUL DEVIANT

Tulburările de personalitate sunt caracterizate de prevalența crescută a conflictualității, în general. Comportamentul deviant poate fi caracterizat ca având un polimorfism infracțional crescut.

Delictualitatea TP se caracterizează prin decalajul între capacitatea cognitivă (operațional-logică) și imaturitatea afectiv-volițională. Această discrepanță determină posibilitatea scăzută de control volițional și de transpunere în conduită a principiilor etico-morale pe care individul le cunoaşte dar le ignoră de cele mai multe ori, în favoarea dorinței imediate, nestăvilite şi uneori impulsive de satisfacere a propriilor plăceri.

Hedonismul egofilic şi indiferența mai mult sau mai puțin manifestă față de ierarhia valorică a celorlalți constituie una din contradicțiile care stau la baza socializării defectuoase a psihopatului, sursă posibilă a delictualității lui.

Permanenta confruntare a motivelor, desfăşurată pe fondul unei incapacități de autocontrol al impulsurilor determină actele comportamentale cu beneficiu rapid, imediat. Acestea apar în contextul neglijării eventualelor consecințe negative asupra celor din jur sau asupra societății, consecințe pe care subiectul le cunoaşte, dar nu reuşeşte în suficientă măsură să le controleze volițional.

Tulburarea de personalitate în expertiză: Practic, cel mai frecvent ajung la expertiză cele de tip: Excitabil, Exploziv, Impulsiv (antisocial), Instabil (borderline), Narcisic, Paranoid, Schizotipal.

Rar ajung la expertiză tipurile: Evitant, Obsesiv-compulsiv, Schizoid, Dependent.

Comportamentul infracțional se caracterizează prin polimorfism, putând include practic orice tip de infracțiune, de orice gravitate antisocială şi orice complexitate delictuală.

Alcoolul este factor favorizant întâmplător sau habitual. Un studiu desfăşurat pe 150 de delicvenți, arată că, alcoolismul a fost asociat în 45% din cazuri cu TP, iar 55% fiind asociat cu toate celelalte entități nosologice (Voinea, Dragomirescu, 1970).

Cu excepția decompensărilor psihotice tranzitorii, discernământul psihopaților delicvenți nu poate fi considerat abolit.

TULBURĂRILE ORGANICE DE PERSONALITATE

Tulburările Organice de Personalitate („stările psihopatoide") întrunesc condițiile a două complexe psihopatologice: cel psihoorganic sechelar, reprezentat de sindromul axial al slăbirii intelectuale și cel al destructurării personalității, prin dezvoltare lezională sau regresiune. „Stările psihopatoide", datorită substratului organic trebuiesc diferențiate de „sindromul subiectiv comun" („sindromul cerebrastenic posttraumatic"), care poate constitui punctul de plecare al **sinistrozei.** În această situație, devine necesară expertizarea interdisciplinară a capacității restante de muncă prin expertiza specializată a capacității de muncă).

În tulburările similare fără substrat lezional evidențiabil, afectarea discernământului va fi apreciată în contextul cauzalității faptei.

TULBURARE DE PERSONALITATE NARCISICĂ

Include conform DSMIV existența grandorii (în fantezie și comportament), necesitatea de admirație și lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă și prezentă într-o varietate de contexte, după cum este indicată de cel puțin cinci situații dintre următoarele:

- are un sentiment grandios de autoimportanță;
- este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ideal;
- crede că este aparte și unic și poate fi înțeles numai de oameni/ instituții cu status înalt, cu care trebuie să se asocieze în exclusivitate;
- necesită admirație excesivă;
- are un sentiment de îndreptățire, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorințele sale;
- este exploatator interpersonal, profită de alții pentru a-și atinge scopurile;
- este lipsit de empatie, incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele și necesitățile altora;
- este invidios pe alții sau crede că alții sunt invidioși pe el;
- prezintă comportamente sau atitudini arogante sau sfidătoare.

Problemele medico-legale decurg din teatralismul zgomotos, demonstrativitate, supraaprecierea calităților propriei persoane, căutarea cu abilitate a unor beneficii secundare, chiar cu prețul

recurgerii la suprasimulare, metasimulare sau simularea altei tulburări mai grave şi al manipulării anturajului.

Potențialul litigios poate îmbrăca **forme specifice clinice**, precum: Sindromul Münchhausen, care poate duce la repetate intervenții chirurgicale inutile; Pseudologia fantastică Birnbaum; Mitomania – problema credibilității subiectului în ipostaza de martor.

Discernământul depinde de contextul legăturii dintre tabloul psihopatologic şi faptă.

PSIHOZELE DE DETENȚIE

În categoria acestora includem:

- Psihozele disociative isterice;
- Sindromul Ganser;
- Pseudodemența isterică, puerilismul şi stuporul isteric.

Discernământul faptei poate fi stabilit doar după remiterea simptomatologiei isterice reactive supraadăugate, ceea ce necesită, de obicei, tratament psihiatric şi temporizarea expertizei.

SINISTROZA

Reprezintă conduita patologică a unui subiect, care (după o boală sau) după un accident, catastrofă, traumă psihică refuză să recunoască vindecarea sau amplifică prejudiciul suferit.

Subiectul este de cele mai multe ori de bună credință, dar sinceritatea sa este cea a unui ipohondru sau a unui nevrozat prins în propriul lui joc, prin autosugestie sau prin influența anturajului. Sinistroza este tratată prin diferite terapii, precum hipnoza şi psihoterapia. Nu este exclusă şi eventualitatea apariției beneficiului secundar. Uneori este necesară expertiza capacității de muncă pentru a stabili criterii obiective cu care să confruntăm, în cadrul expertizei medico-legale psihiatrice, pretențiile (exagerate subiectiv) pacientului.

TP BORDERLINE – criterii DSM IV:

Pattern pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine şi afectelor, asociat cu impulsivitate marcată, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de minim cinci dintre următoarele aspecte:

• eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar;

• un pattern de relații interpersonale intense și instabile caracterizat prin alternare între extremele de idealizare și devalorizare;

• perturbare de identitate: imagine de sine/ conștiinta de sine marcat și persistent instabilă;

• impulsivitate în cel puțin două domenii care sunt potențial autoprejudiciante;

• comportament, gesturi sau amenințări de suicid ori comportament automutilant;

• instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate de dispoziție;

• sentimentul cronic de vid;

• mânie intensă, inadecvată ori dificultate în a controla mânia;

• ideație paranoidă sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul.

TP ANTISOCIALĂ – criterii DSM IV:

1. Un *pattern* pervaziv de comportament antisocial apărut de la vârsta de 15 ani, indicat de cel putin trei dintre următoarele:

• incapacitate de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;

• incorectitudine indicată de mințitul repetat, uzul de alibiuri, manipularea altora pentru profitul sau plăcerea personală;

• impulsivitate, incapacitate de a plănui dinainte;

• iritabilitate și agresivitate, indicate de luptele, atacurile corporale repetate;

• neglijență nesăbuită pentru siguranța sa ori a altora;

• iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitate repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile;

• lipsă de remușcare.

2. Individul încadrat în această categorie, trebuie să aibă minim vîrsta de 18 ani;

3. Trebuie să existe proba unei tulburări de conduită;

4. Comportamentul antisocial poate să survină fie în cadrul schizofreniei ori al unui alt tip de episod maniacal.

TP SCHIZOTIPALĂ – criterii DSM IV:

1. Un *pattern* pervaziv de deficite sociale şi interpersonale manifestat prin disconfort acut în relaţiile existente, reducerea capacităţii de a stabili relaţii intime, precum şi prin distorsiuni cognitive de percepţie, excentricităţi de comportament, după cum este indicat de cel puţin cinci dintre următoarele caracteristici:

• existenţa unor idei de referinţă;

• gândire magică;

• experienţe perceptive insolite;

• gândire şi limbaj bizar;

• suspiciozitate, ideaţie paranoidă;

• afect inadecvat;

• comportament, aspect bizar sau excentric particular;

• lipsa de amicitii sau confidenţi în afara rudelor de gradul I;

• anxietate socială.

2. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziţiei cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice

3. Nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale.

TP SCHIZOIDĂ – criterii DSM IV:

1. Un *pattern* pervaziv de detaşare faţă de relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de exprimare emoţională indicată de patru sau mai multe dintre următoarele aspecte:

• nu doreşte şi nici nu se bucură de relaţiile strânse, inclusiv de faptul de a fi parte a unei familii;

• aproape întotdeauna preferă activităţile solitare;

• are puţin sau nu are nici un interes în a avea experienţă sexuală cu altă persoană;

• rar afirmă sau pare a avea emoţii puternice;

• îi plac puţin sau nu-i plac niciun fel de activităţi;

• este indiferent la laudele şi criticile altora;

• nu are prieteni apropiaţi;

• este rece, distant.

2. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziţiei cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice şi nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale.

TP PARANOIDĂ – criterii DSM IV:

• neîncredere şi suspiciozitate pervazivă faţă de alţii astfel încât motivaţiile celorlaţi sunt interpretate ca rău-voitoare, indicate de patru din urmatoarele:

• suspectează, fără suficient temei, că alţii îl exploatează, prejudiciază sau înşală;

• este preocupat cu îndoieli nejustificate asupra loialităţii sau încrederii pe care o prezintă prietenii sau asociaţii;

• evită să aibă încredere în alţii, de teama nejustificată că informaţiile respective vor fi folosite cu rea intenţie împotriva sa;

• găseşte înţelesuri ascunse înjositoare sau ameninţătoare în remarci sau evenimente banale;

• păstrează constant resentimente;

• percepe atacuri care nu sunt vizibile pentru alţii la adresa caracterului sau reputaţiei sale;

• are suspiciuni repetate lipsite de justificare la adresa fidelităţii partenerului marital sau sexual.

Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări psihotice, tulburări a dispoziţiei cu elemente psihotice şi nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale.

TP OBSESIONALĂ (ANANKASTĂ) – criterii DSM IV:

Pattern pervaziv de preocupare pentru ordine, perfecţionism şi control mental şi impersonal în detrimentul flexibilităţii, deschiderii şi eficienţei, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin patru dintre următoarele:

• este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, într-o asemenea măsură încât obiectivul major al activităţii este pierdut;

• prezintă perfecţionism care interferă cu îndeplinirea sarcinilor;

• este excesiv de devotat muncii şi productivităţii, mergând până la excluderea activităţilor recreative şi a amiciţiilor;

• este hiperconştiincios, scrupulos şi inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori;

• este incapabil să se debaraseze de obiecte uzuale sau inutile, chiar când acestea nu au nici o valoare sentimentală;

• refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alții în afară de cazul când aceştia se supun exact modului lui de a face lucrurile;

• adoptă un stil avar de a cheltui, atât față de sine, cât şi față de alții, banii fiind văzuți ca ceva ce trebuie strâns pentru eventuale catastrofe;

• prezintă rigiditate şi obstinație.

CARACTERISTICI PSIHOLOGICE ALE DELICTUALITĂȚII ÎN TP

• 60-75% din populația penitenciară este formată din indivizi diagnosticați/ diagnosticabili cu TP Antisocială.

• Delictualitatea în TP este caracteristic determinată de decalajul dintre capacitatea cognitivă şi imaturitatea afectivă şi volițională. Aceasta duce la scăderea potențialului de control volițional. Este redusă capacitatea de transpunere în conduită a principiilor etico-morale cunoscute dar ignorate de cele mai multe ori, în favoarea dorinței imediate, nestăvilite, uneori impulsive de satisfacere a propriilor plăceri.

• Hedonismul egofilic, indiferența mai mult sau mai puțin manifestă față de ierarhia valorică a celorlalți constituie una din contradicțiile care stau la baza socializării defectuoase a psihopatului, sursă posibilă a delictualității lui.

• Adesea, prin exteriorizare comportamentală explozivă sau impulsivă, subiectul apreciază insuficient abaterea propriului comportament de la normele sociale curente.

• Personalitatea „psihopatului" poate fi descrisă ca inegală, din punctul de vedere al armonizării şi maturizării diferitelor funcții psihice.

ABORDAREA CATEGORIALĂ ŞI DIMENSIONALĂ ÎN TP

Chiar dacă astăzi TP sunt abordate dimensional/ categorial, descrierile clasice au meritul de a oferi un model sugestiv pentru înțelegerea mecanismelor psihopatologice şi cauzalității delictuale în cazul acestot tulburări.

Autorii clasici insistă asupra diverselor aspecte de manifestare a acestei inegalități comportamentale, reductibile la un set limitat de comportamente. Acestea sugerează imaturitatea emoțională pentru că sunt egocentrice, impulsive, inconstante, ignorând principiul realității și urmărind satisfacerea rapidă a instinctelor, traducând incapacitatea pentru jocul de roluri și pentru evaluarea importanței sociale a consecințelor acțiunilor proprii. Cleckley (1941) stabilea criterii ale „psihopatiei" cu relevanță clinică și astăzi, în era DSM-ului:

• persistența motivelor;

• motivare inadecvată a comportamentelor antisociale;

• ignorarea consecințelor propriilor acțiuni, chiar și a celor banale;

• inexplicabila incapacitate de a discerne între adevăr și neadevăr;

• incapacitatea de a suporta critica, de a învăța din propria experiență, de a iubi;

• absența intuiției (*insight*);

• persistența, de-a lungul vieții, a unor modele ale conduitei auto-distructive;

• raritatea suicidului, în pofida deselor amenințări demonstrative de a-l întreprinde;

• dezvoltare intelectuală bună.

CARACTERISTICI CRIMINOLOGICE ALE COMPORTAMENTULUI INFRACȚIONAL ÎN TP:

Comportamentul delictual care rezultă poate fi caracterizat prin:

• potențialul infracțional crescut;

• tipologie infracțională diversă, cu acțiuni spontane, nedeliberate, cu agresivitate, de obicei potențată de alcool sau alte substanțe;

• rol inductiv antisocial prin agregare în grupuri delictogene;

• tendințe la bravare și simulare;

• potențial malign al activității antisociale prin tendința la reiterare (recidive infracționale).

Aceste mecanisme psihopatologice sunt valabile în special pentru tulburările de personalitate de tip *cluster B* (Antisocială, Borderline, Narcisică, Histrionică), în formule individualizate de la caz la caz.

Cel mai frecvent ajung la expertiză aceste tipuri, în variante caracterizabile clinic ca excitabile, explozive (Antisocială, Histrionică, Narcisică), respectiv impulsive şi instabile (Borderline).

Cluster-ul *A* poate fi de asemenea reprezentat (Paranoidă, Schizoidă, Schizotipală). Mult mai rar apar celelalte tipuri de *cluster* C (Evitantă, Dependentă, Obsesiv-Compulsivă) – acestea aparţin tipologiei catalogate ca „psihopatii astenice", „psihastenice", „închişii în sine patologic", „timopatiile depresive".

TP nespecificată (polimorfă/ mixtă), cel mai frecvent diagnosticată în practica clinică, se poate întâlni în expertiză în variate ipostaze comportamentale.

Comportamentul infracţional se caracterizează prin: polimorfism, putând include practic orice tip de infracţiune, de orice gravitate antisocială şi orice complexitate delictuală.

Alteori, în geneza actului infracţional este implicat alcoolul ca factor favorizant întâmplător sau habitual.

Vârsta maximă a actelor infracţionale care conduc la prima condamnare este, pentru ţările de tip vest-european, 18-20 de ani la „psihopaţii" de sex masculin, şi circa 15 ani la femei (Coid, 2003).

Riscul de a deveni clienţii mediului penitenciar scade semnificativ cu vârsta, pentru a deveni cu totul accidental la vârsta a treia.

Caracteristicile criminologice ale comportamentului infrac-ţional în tulburările de personalitate sînt cele mai studiate, din perspectiva criminologiei clinice, datorită faptului că sunt frecvent întîlnite în expertiză.

TP Borderline – simptome clinice cardinale:

• **instabilitate afectivă** şi schimbarea bruscă a echilibrului emoţional (**impulsivitate, crize de furie**);

• tulburări de identitate (**plictiseală cronică, senzaţie de „gol"**);

• comportament recurent **suicidal/ parasuicidal, idealizarea primitivă** sau **identificarea proiectivă**;

• **Clivaj („splitting")** ca mecanisme defensive care perturbă controlul afectiv şi stabilirea/ stabilitatea relaţiilor cu ceilalţi.

• din perspectiva dimensională actuală a descrierii personalităţii, trăsătura dimensională dominantă a TP Borderline din

care decurg celelalte simptome pare să fie **instabilitatea afectivă** (denumită de unii autori şi dereglare emoţională).

TP Borderline – controverse nosologice:

În prezent sunt discuţii care pun sub semnul întrebării apartenenţa nosologică a tulburării: este o tulburare de personalitate sau o tulburare afectivă?

Argumente ale apartenenţei la TP sunt: debutul precoce (în adolescenţă, după unii chiar mai devreme), durata lungă (decade) şi afectarea sferelor afectivă, comportamentală, cognitivă, relaţională.

Pe de altă parte, caracterul egodistonic al simptomelor foarte intense (disforia, impulsivitatea, suicidalitatea, posibilitatea de a dezvolta scurte episoade micropsihotice, depresive) este contrară caracteristicii egosintone din TP. În plus, faptul că subiecţii solicită singuri ajutorul medical, chiar internarea, ar pleda împotriva apartenenţei la axa II, favorizînd plasarea pe axa I.

TP Borderline poate prezenta **episoade psihotice tranzitorii:**

• Pot fi omise la o analiză clinică superficială;

• Constau în distorsiuni subtile ale sensului realităţii (dar cu conservarea capacităţii de testare a realităţii), cu scurte perioade de derealizare/ depersonalizare sau chiar pierderi ale supleţei gândirii abstracte;

• Stări scurte, tranzitorii de confuzie reactivă la stări emoţionale din confruntări cu stresori sau după alcool/ droguri.

Impulsivitatea din TP Borderline are ca principale caracteristici:

• Toleranţa scăzută la frustrare;

• Tensiunea şi anxietatea tind să fie diminuate prin abuz de droguri sau de alcool, furt din magazine sau alte comportamente delictuale;

• Asociază activităţi sexuale patologice, perversiuni,viol;

• Pot fi disforici cronici, cu exteriorizări explozive hetero-agresive sau auto-agresive, neaşteptat de violente (de ex.: ţigară stinsă pe propria mână cu indiferenţă afectivă şocantă: „îmi alin durerea cu altă durere");

• Comportamentul impulsiv poate fi manipulativ, inclusiv faţă de terapeut.

Instabilitatea emoţională în TP Borderline:

• Sursa psihologică este reprezentată de trăirea subiectivă a unui sentiment de goliciune interioară, lipsă de sens şi scop, insecuritatea şi absenţa stimei de sine sau, dimpotrivă, extrema opusă (sentimente de omnipotenţă);

• Aceste trăiri subiective de inconsistenţă pot fi confundate cu depresia, dar lipsesc stări precum tristeţea, vinovăţia, auto-reproşurile, diminuarea stimei de sine prin mecanismul logic al depresivului;

• Apar episoade de afect primar, nemodulat, cu iritabilitate şi furie, gelozie, disperare, reacţii intense la ceea ce ei cred că este un abandon (par a fi „femei isterice"/ bărbaţi antisociali);

• Pot fi caracterizaţi de-a lungul întregii lor existenţe ca fiind stabili în instabilitatea lor (Schmideberg, 1959);

• Perturbarea sensului propriei identităţi se exteriorizează prin continuitatea perceperii subiective a inconsistenţei personalităţii, indiferent de contextul situaţional („cine sunt eu?" „nu ştiu să mă descriu" – întrebări la care, de obicei, ar trebui sa existe un răspuns destul de clar);

• Subiectul TP Borderline are o imagine inconsistentă despre sine („difuziunea identităţii" – Erisckson, 1956, Kernberg, 1967) sau un sens vag despre sine. Subiectul exprimă această stare ca lipsa sensului existenţei, nu poate să se definească, este nesigur de sine (caracter *„as if"*, Helen Deutch, 1942) şi poate să-şi schimbe atitudinile şi prietenii uşor, cu uimitoare indiferenţă (deci şi absenţa integrării imaginii altora);

• Poate suprainvesti, idealiza o persoană, pentru ca surprinzător de repede să o deteste (dezinvestire rapidă), pentru că poate să „uite" ce a fost ieri, fiind, într-o manieră difuză, nedefinită, doar „acum" (prin mecanismul de „splitting", de clivaj); angajamentul lor interpersonal este inexistent pentru că „ei nu se simt nici înăuntru, nici afară, nici perfect echilibraţi, nici dezechilibraţi, nici mici/ mari, nici iubind/ urând, ci doar la marginea tuturor acestor stări" (Rey, 1979).

Instabilitatea relaţiilor

• Oscilează între nevoia de intimitate (când sunt adezivi, cerşesc afecţiunea) până la intoleranţă faţă de apropierea de altul, plonjând într-o stare de separaţie (*splitting*). Astfel, relaţiile devin furtunoase, alternate cu reconcilieri, urmate de iniţierea, aproape întîmplătoare,

de noi relații, suprainvestite, cu diferite persoane. Aceasta duce la promiscuitate, instabilitate (schimbări frecvente ale locului de muncă, divorț, ruperea brutală a relațiilor), mobilitate excesivă, migrații, viață haotică, răzbunări față de cei care-i părăsesc, trăirea depresivă a singurătății consecutive, chiar tentative suicidare;

• Înăuntrul unei relații individul *borderline* se simte izolat și încearcă să scape dar, o dată afară, se sperie și „cere" înăuntru (conflictul „agora-claustrofobie", Rey, 1979);

• Nu există tipuri pure; trăsăturile narcisice (respingerea criticii) sunt obișnuite, dar nu la nivelul prezent în personalitatea narcisică (grandiozitate stabilă, compensatorie, arogantă, chiar senzitivă, nu suportă contrarierea).

TP Borderline – Diagnostic Diferențial:

Interviul este dificil, apar adesea zone de ruptură, cu iritarea ostilă a subiectului și care provoacă retragerea empatiei psihiatrului, care a fost probabil stimulată de tendința pacientului de sinceritate, apropiere. Perceperea subiectivă de către psihiatru a acestei oscilații transferențiale trebuie să-i semnaleze că se află probabil în fața unui subiect *borderline*.

• TP Schizotipală se întâlnește când apar asocieri de gândire ce par incongruente, bizarerii, izolare;

• TP Antisocială prezintă *craving*-ul pentru contactul emoțional, atât de caracteristic TP Borderline, nu caracterizează TPAS. De asemenea, inabilitatea de a solicita contactul emoțional, de a-l realiza, disperarea și manifestările generate în acest context sunt specifice TPB.

TP Borderline – Diagnostic Pozitiv:

• *Craving*-ul afectiv se manifestă inclusiv în spital (căutarea atașamentului față de staff, alți pacienți, chiar de instituție ca atare, etc.);

• Apare inevitabil frustrarea (reacționează cu furie manifestă/ mascată, cu autoagresiuni cu aspect de șantaj, alte acte impulsive, etc.);

• Actele auto-agresive recurente sunt considerate chiar simptome patognomonice (diminuarea lor ar fi un posibil semn de evoluție bună, în direcția maturizării emoționale);

• „Este o persoană cu un cordon ombilical în mână în căutarea unui loc în care să-l lege" (Solomon, 1978).

TP Borderline la „pseudonormali”:

• Psihopatologie încapsulată – funcționează aparent normal în circumstanțe normale;

• În situații intens frustrante se pot decompensa cu manifestări comportamentale explozive hetero sau auto-agresive.

TP ANTISOCIALĂ – simptome clinice cardinale:

• acte antisociale și ilegale repetate apar înaintea vârstei de 15 ani însoțite de absența remușcărilor/ lipsite de moralitate ;

• nu trebuie confundată net cu criminalitatea;

• incapacitatea de a se conforma normelor sociale;

• presupune o existență cu frecvente acte de înșelătorie, minciuni, șmecherii, în scopul obținerii de avantaje personale sau comise numai din plăcere;

• nu au un proiect de viitor;

• trăiesc la voia întâmplării și a propriei plăceri de moment uneori în promiscuitate, alcoolul și drogurile fiind asociate de regulă acestui tip de existență;

• schimbă frecvent locul de muncă, întrucât nu respectă condițiile contractuale, regulamentele, obligațiile financiare;

• actele agresive sunt regula în existența lor, ca și ignorarea nesăbuită a drepturilor altora și a propriilor obligații, deși par de încredere, fiind în același timp manipulativi;

• diagnosticul se pune dacă individul are cel puțin 18 ani;

• pot exista dovezi ale debutului înaintea vârstei de 15 ani (absențe repetate de la școală, exmatriculări, chinuirea animalelor domestice etc.);

• implicarea în viol sau forțarea de a avea raport sexual;

• distrugerea deliberată a bunurilor altuia;

• vătămarea corporală a altuia;

• furturi cu sau fără confruntarea cu victima – inclusiv falsificarea de bani, tâlhărie, extorcare;

• exclude debutul unei schizofrenii/ episod maniacal;

• incapabili să învețe din propriile greșeli/ refuză să accepte acest lucru;

• nepăsători față de propria lor siguranță, și cu atât mai puțin de a celorlalți (*ex.*: conducând mașina beat, depășind periculos viteza în repetate rânduri);

• are o totală lipsă de respect față de adevăr, mințind mereu, foloseşte nume de împrumut;

• manipulează pe alții în scopul intereselor sale personale;

• nu a avut niciodată o relație monogamă totala mai mult de un an.

Pattern-uri comportamentale:

• Recidivism (începe cu delincvența în adolescență);

• Anormalități adaptative, interrelaționale, emoționale;

• Tentative suicidare;

• Şofat periculos;

• Gelozie/ comportamente sadice.

DEFINIȚIA DSM IV A TULBURĂRII DE PERSONALITATE

• ... este relevantă în expertiză pentru latura comportamentală a agresivității:

• ... *pattern*-uri de a percepe, relaționa, gândi despre mediu şi sine care sunt exteriorizate în variate contexte personale şi sociale,

• ... când trăsăturile personalității sunt inflexibile şi dezadaptative pot genera disfuncție semnificativă sau suferință subiectivă."

Comportamentul dezadaptat în cazul unei TP se manifestă prin **Comportamentul violent,** care este definitoriu pentru:

• TP Borderline

• TP Antisocială.

Comportament dezadaptat în cazul unei TP se mai poate manifesta şi prin **Comportament ostil, opoziționist** (Widiger, Trull, 1994):

• TP Paranoidă;

• TP Antisocială;

• TP Borderline;

• TP Narcisică;

• TP Histrionică;

• TP Obsesională;

• TP Schizotipală;

• TP Pasiv-Agresivă.

TP şi motivația criminală (Coid, 1992, Dolan, Coid, 1993):

• TP Paranoidă – agresiuni necontrolate, răzbunări;

• TP Schizoidă – agresiuni pe fond dezinhibat, excitat;

• TP Schizotipală – necorelare statistică;

• TP Obsesională – hiperiritabilitate cu agresivitate;

• TP Evitare/ Dependență – necorelare statistică.

În incheiere se poate spune că tulburările de personalitate au un rol considerabil în dinamica comportamentului violent. Există însă puține dovezi indubitabile pentru a confirma această aserțiune sau pentru a indica gradul în care aceste diagnostice categoriale individuale influențează acțiunile, motivațiile, alegerea victimelor sau alți factori asociați actului criminal (Widiger, Trull 1994).

TP ANTISOCIALĂ ŞI „PSIHOPATIA DE NUCLEU"(„*psychopathy*" – Hare, 1992) cresc riscul ca un individ să comită violențe, fără însă să avem dovezi clare pentru a face şi predicții în acest sens pentru o anumită perioadă. Din perspectiva predicției sunt argumente care pledează în favoarea scorurilor cantitative ale testelor trăsăturilor de personalitate în comparație cu categoriile diagnostice ale TP din DSM, modelul „*five-factors*" („*The Big Five personality traits*" – Costa, McCrae, 1992) fiind o alternativă. Cei 5 factori, indicii pentru tot atâtea trăsături definitorii de personalitate sunt:

• *Openness* – **Deschidere** (neconvenționalitate) rezultată din inventivitate/ curiozitate *vs* convenționalitate/ prudență

• *Conscientiousness* – **Conştiinciozitate** rezultată din eficiență/ organizare *vs* neglijență/ nepăsare

• *Extraversion* – **Extraversie** (emoționalitate pozitivă) rezultată din demonstrativitate/ agresivitate *vs* singurătate/ reținere

• *Agreeableness* – **Cordialitate** (amenitate) rezultată din familiaritate/ compasiune *vs* răceală/ lipsă de amabilitate.

• *Neuroticism* – **Neuroticism** (afectivitate negativă) rezultată din senzitivitate/ nervozitate *vs* siguranță/ încredere.

Fiecare din aceste dimensiuni poate fi descrisă prin factori subsidiari/ fațete, combinate diferit de la individ la individ, care pot fi cuantificate sau ierarhizate printr-un sistem de praguri de intensitate. Acest demers, al introducerii ***perspectivei dimensionale*** în aprecierea clinică şi clasificarea TP face în prezent obiectul unor ample discuții teoretice şi va deveni un instrument al evaluării diagnosticului de TP în DSM.

ALCOOLISMUL

Dan Prelipceanu

ABUZ – CRITERII MODERNE

Abuzul de o substanță este un *pattern* maladaptativ al utilizării acesteia, care conduce la o suferință sau o disfuncție semnificativă.

Criterii de diagnostic:

A. Pierderea controlului asupra consumului;

B. Suferințe/ disfuncții cognitive, sociale, ocupaționale;

C. Absența toleranței și sevrajului;

D. Prezența a cel puțin unuia dintre următoarele criterii:

• probleme cu îndeplinirea obligațiilor curente la școală, locul de muncă sau în familie datorită utilizării repetate a unei substanțe psiho-active;

• utilizare recurentă a unei substanțe în situații riscante (de exemplu șofatul);

• continuarea utilizării substanței în ciuda consecințelor prejudiciante (sociale, interpersonale) provocate/ exacerbate de utilizarea substanței;

• probleme legale repetate ca o consecință a utilizării substanței;

DEPENDENȚA – CRITERII MODERNE

Dependența psihică de o substanță generează suferințe și dificultăți mai grave la care se adaugă semnele dependenței fizice (toleranța și sevrajul)

Criteriile de diagnostic se fundamentează pe prezența a cel puțin 3 simptome din următoarele, pe o perioadă de cel puțin 12 luni:

• Simptomele toleranței (nevoia acută de a crește dozele pentru a atinge efectul subiectiv al intoxicației, scăderea progresivă a acestui efect la utilizarea aceleiași doze);

• Simptomele sevrajului care sunt cuplate cu administrarea unei noi doze din substanța respectivă;

• Pierderea controlului în *pattern*-ul de utilizare a substanței obiectivat prin unul dintre următoarele simptome:

– substanța este administrată în cantități mai mari sau pentru o perioadă mai lungă decât a intenționat inițial pacientul;

– dorința continuă şi eforturi repetate de a stopa/ controla administrarea substanței;

• Consecințe ale consumului (cel puțin una din următoarele):

– o considerabilă perioadă de timp pierdută în activități legate de obținerea substanței, utilizarea ei sau revenirea din starea de disconfort care însoțeşte utilizarea substanței respective;

– reducerea sau renunțarea la activități importante pentru individul respectiv (sociale, ocupaționale, recreaționale) datorită utilizării substanței;

– substanța este utilizată în pofida recunoaşterii de către individ a problemelor somatice şi psihice pe care aceasta i le provoacă sau i le exacerbează.

ALCOOLISM – CONSECINȚE PSIHIATRICE JUDICIARE

Repere în istoria naturală a alcoolismului:

• 15 ani – debutul consumului;

• 18-22 ani – consumul atinge un maxim, asociind diversele probleme secundare abuzului;

• Dependența apare la 25-40 ani;

• Decesul secundar alcoolismului cronic se poate aprecia ca fiind în jurul vârstei de 60 de ani.

Statisticile arată că cca 60% dintre băieți au avut deja un episod de intoxicație acută până la 18 ani, 30% dintre aceştia au avut probleme cu frecvența la şcoală, prezența la locul de muncă, au şofat în stare de ebrietate.

Abuzul începe/ continuă în decada 20-30 ani, perioadă când, la nivelul populației generale, consumul devine mai moderat, datorită creşterii responsabilităților sociale ale individului.

Între aceste limite apar perioade variabile de abstinență/ consum controlat temporar, toate combinate cu problemele (medicale

– somatice, psihiatrice, ocupaționale, maritale, legale) secundare consumului.

După ani de evoluție în acest mod, unul din cinci alcoolici se vindecă spontan.

Circa jumătate dintre băutori au temporar probleme legate de alcool.

Alcoolism și sănătate

• Cel puțin 20% dintre adulții consultați de un medic sau 12-30% din cei internați au o problemă cu alcoolul;

• Până la 20% dintre persoanele care se adresează unui medic de familie și până la 40% dintre pacienții secțiilor de medicină generală și chirurgie, fără diferențe semnificative între specialități, au consumul de alcool la originea cererii de asistență medicală.

România, împreună cu Ungaria, prezintă cele mai înalte rate ale mortalității prin ciroză hepatică alcoolică din Europa în 1992. O evaluare a calității băuturilor alcoolice produse în regim privat (distilate din fructe fermentate) în România a constatat că peste 75% dintre acestea conțineau un procent de până la 5% metanol (limita maxim admisă fiind de 0,8%).

Aproximativ 15% din costurile alocate sistemului de îngrijiri medicale se datorează alcoolismului, deoarece se poate afirma că nu există specialitate medicală care să nu se confrunte, în practica sa cotidiană, cu un anumit tip de patologie indusă de alcool.

Se estimează că un consum de peste 30 g de alcool pur pe zi determină o creștere a mortalității de 3 ori la bărbat și de 3,4 ori la femei (Hansen, 1999).

Consumul problematic de alcool determină o creștere a morbidității secundare traumei, o creștere a complicațiilor postoperatorii în neurochirurgie (Sonne, Tonnesen, 1992) și chirurgie colorectală (Tonnesen, 1992).

Există o serie de studii care susțin ideea că un consum zilnic de mai puțin de 2 unități (*drink*-uri)/ zi (o unitate este aproximativ egală cu o bere, cu un pahar de 200 ml de vin sau cu 30-40 ml de băuturi spirtoase) ar oferi un beneficiu în prevenirea evenimentelor coronariene, atât la bărbați, cât și la femei.

Acest beneficiu se pierde însă, la cantități mai mari, obținându-se un efect contrar de creștere a tensiunii arteriale.

Consumul hazardat (dăunător)este acea formă de consum în care problemele de alcool se structurează într-un spectru de manifestări polimorfe. În funcție de cantitatea zilnică consumată, pacienții care depășesc limita admisă, fără însă a întruni criteriile pentru abuz sau dependență, sunt considerați a avea un **consum hazardat** sau **dăunător**.

Acești doi termeni, reuniți în categoria de **consum de risc**, nu au intrat încă în toate sistemele nosologice general acceptate, în speță cea americană, promovată de DSM – IV, în timp ce clasificarea oficială a OMS o include ca atare, ca echivalent al noțiunii de abuz din DSM – IV. Importanța lor rezidă în faptul că în această zonă se plasează majoritatea consumatorilor problematici, adevărații dependenți reprezentând o minoritate.

Consumul la risc (valori)(după Fiellin, 2000):

• Bărbați > 14 drink-uri/săptămână sau > 4 drink-uri la o ocazie

• Femei > 7 drink-uri/ săptămână sau > 3 drink-uri la o ocazie (după Fiellin, 2000).

Consumul moderat (valori):

• Bărbați ≤ 2 drink-uri/ zi,

• Femei ≤ 1 drink/ zi;

• Persoane peste 65 ani ≤ 1 drink/ zi

Ca urmare a abuzului cronic de alcool se produce „Psihopatizarea" personalității.

Alcoolismul simptomatic poate fi identificat în psihozele majore precum schizofrenie și bolile afective.

În alcoolismul adictiv cu dependență fizică și psihică, comportamentul antisocial are un conținut foarte variat, pornind de la necesitatea continuării abuzului de alcool, trecând prin tulburările fazelor acute ale consumului (delicte împotriva persoanelor sau proprietății) și sfârșind cu deteriorarea axiologică și etico-morală, până la stări impresionante de decrepitudine și mizerie fiziologică cu pierderea demnității umane elementare, cu grave consecințe asupra statutului și rolului familial, social și profesional.

Ca și în cazul adicției medicamentoase, modificările de personalitate ale alcoolicului cronic „psihopatizat" sunt centrate pe subordonarea totală a scopurilor existenței nevoii imperioase de continuare a consumului de alcool (sau drog). Se ajunge astfel la un

adevărat cerc vicios, cu consecințe socio-profesionale grave prin ştergerea până la dispariție a simțului etico-moral.

În cazul alcoolismului simptomatic, asociat unor psihoze endogene majore, alcoolul constituie de regulă, din punct de vedere medico-legal, un factor agravant al statutului bolnavului din punct de vedere al capacității sale psihice.

Discernământul alcoolicilor cronici va fi apreciat în funcție de următorii factori:

- circumstanțele în care s-a comis fapta antisocială;
- gradul deteriorării personalității;
- existența unor perioade dipsomanice;
- comitere a faptei sub influența acută a alcoolului, sau în afara acesteia.

Beția patologică (idiosincratică)

Intoxicația alcoolică idiosincratică reprezintă o schimbare comportamentală bruscă, neaşteptată, necaracteristică, după ingestia unei cantități inexplicabil de mici de alcool, în comparație cu reacția comportamentală, şi agresivitate extremă.

Această noțiune a fost invalidată de literatură, astfel de manifestări putind fi diagnosticate, conform DSM – IV, probabil ca intoxicație alcoolică acută complicată sau tulburare nespecificată legată de consumul de alcool.

Alcool şi agresivitate – date statistice

Consumul de alcool poate sta la baza următoarelor manifestări cu potențial antisocial (78,65%):

- Polimorfism infracțional;
- Omor, tentativă de omor – 18%;
- Furt – 27%;
- huliganism – 15%;
- Ultraj – 14%;
- fals, uz de fals – 7%;
- Infracțiuni sexuale – 6% .

Pierderea controlului consumului (criteriul de organicizare în alcoolismul tip gamma) ar fi un fenomen influențat psihogen şi nu psihopatologic, determinat de particularități specifice alcoolicului (Marlatt, 1973);

Impulsiunea imperioasă de a bea pare un fenomen procesual, determinat sau influențat situațional.

Polimorfismul perturbărilor de personalitate ale alcoolicului, poate fi anterior sau asociat consumului. Eventualii factori de personalitate pot interacţiona încrucişat cu cei sociali pentru a rezulta comportamentul delictual, ca în relaţia victimologică din cuplul alcoolic – soţia acestuia. Factorii socio-culturali precum obiceiuri în unele grupuri sociale, regiuni viticole, ţări, subculturi deviante, categorii socio-profesionale (marinari, medici, alcoolismul grupurilor mondene, oameni cu numeroase contacte sociale) pot influenţa deprinderi adictive care să întărească un model de consum. Se adaugă „psihopatizarea" (instabilitate emoţională, impulsivitate, gelozie, disforie, depresii, disoluţia sensului moral, deteriorare cognitivă, indiferenţă faţă de responsabilităţi, aspectele afective/ materiale familiale, revendicativitatea unei autorităţi tot mai dezadaptată).

Potenţialul delictogen în alcoolism este unanim recunoscut. Formele acute/ cronice ale alcoolismului cuprind următoarele categorii de factori:

- factori predispozanţi (prin modificări de personalitate);
- factori favorizanţi (prin dezinhibiţie comportamentală, pierderea controlului voliţional);
- factori determinanţi (prin asocierea celor două tipuri anterioare de mecanisme comportamentale antisociale).

Beţia acută simplă (vulgară) este des asociată unui act antisocial comis de o tulburare de personalitate. Poate fi o interferenţă acută în alcoolismul cronic delictogen („psihopatizat"), în epilepsie, în orice situaţie clinică psihiatrică medico-legală.

Dezinhibiţia, excitaţia psiho-motorie, efectul psihotrop de anxioliză/ euforizare conduc la suprimarea cenzurii morale cu efect de potenţare antisocială a alcoolului.

TULBURĂRI DE OBICEIURI ŞI IMPULS ŞI DE INSTINCT

Gabriela Costea

Mai puţin întâlnite în practică, tulburările de impuls ridică în expertiza medico-legală psihiatrică, mari probleme de interpretare.

Tulburările de impuls ar putea încadra un grup heterogen de tulburări psihice, în baza unor similitudini ale tablourilor clinice, similitudini ce ar cuprinde acţiuni repetate, fără o motivaţie clară, incontrolabile, frecvent contrarii atât propriilor interese cât ale celorlaţi. Pacienţii îşi motivează comportamentul prin impulsul de a acţiona. Definiţia este relativă, ambiguă. De altfel şi OMS, prin CIM-10, delimitează 4 tipuri de modificare a impulsului, trecând tulburarea explozivă intermitentă la F63.8 (alte tulburări de obiceiuri şi impulsuri). Ambiguitatea încadrării unor tulburări ne permite să luăm în discuţie (aplicată domeniului la care ne referim) şi alte comportamente ce implică expertizarea medico-legală psihiatrică.

Prin motivaţia pacientului, acest grup de tulburări fac trimitere la instincte.

Instinctele reprezintă trebuinţe primare, comune omului şi animalului, strâns legate de afectivitate, de viaţa afectivă. Ele reprezintă un complex de însuşiri moştenite ereditar şi reflectă caracteristicile speciei. La om, prin structurarea personalităţii (pe linia temperament – caracter – personalitate), instinctele sunt acordate la convenţiile/ cerinţele sociale cu rol distinct ăn formarea personalităţii şi în perpetuarea speciei.

Deosebim ca tulburări instinctuale:

- Tulburări ale instinctului alimentar;
- Tulburări ale instinctului de apărare;
- Exacerbarea nevoii de autoconservare;
- Diminuarea sau abolirea instinctului de aparare (indiferentism fata de pericole/ mod de viata periculos; automutilare, suicidul).

În activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică adresabilitatea eseului psihiatric este impusă de regulă de către instinctele primare de prezervare a speciei (reproducere, apărarea progeniturii, transmiterea informațiilor necesare supraviețuirii către urmași, supraviețuirea prin alimentație, prin hrană și teritoriu).

Având în vedere cele expuse, se poate aprecia că există posibilitatea de a regrupa, în această categorie, diferite comportamente cu impact medico-legal, pornind de la motivația de model „așa mi-a venit" sau „nu m-am putut abține".

DEFICITUL DE SELF-CONTROL

„Deficitul de self-control (deficitul de autocontrol) sau tulburarea de control al impulsurilor" denumește imposibilitatea (sau deficitul) unei persoane de a rezista impulsurilor, pulsiunilor sau ademenirilor de a face ceva dăunător pentru ea sau pentru alții, chiar dacă încearcă să reziste (sau nu) în a plănui (sau nu) comportamentele respective. Exprimă practic o toleranță deosebit de scăzută la frustrații, ce facilitează un răspuns neadecvat la evenimente imposibilitatea de a se stăpâni. Anterior comiterii actului, pacientul simte tensiune sau excitație crescută; postfaptic trăiește sentimente de plăcere maximă, de satisfacție, de libertate, de liniște; ulterior poate simți sau nu sentimente de vinovăție, reproșuri față de sine însuși, remușcări.

Este considerată o corespondență psihopatologică a ceea ce juriștii numesc, atât în spețele penale cât și în cele civile, „imposibilitate/ incapacitate de a se stăpâni", situație ce reprezintă o circumstanță atenuantă.

Deficitul de autocontrol este o caracteristică a tulburării de personalitate.

În practica medico-legală psihiatrică, în țara noastră, pe parcursul raționamentului necesar stabilirii capacității psihice, în raport cu o implicare juridică la un moment dat, ne referim la corelarea deficitului de control al impulsurilor (incapacitatea de a se stăpâni) în cazurile în care există un substrat psihoorganic sau în cadrul reacțiilor de culise. De la caz la caz, în funcție de caracteristicile împrejurărilor comiterii faptei, se poate aprecia discernământul ca fiind diminuat.

TULBURAREA EXPLOZIVĂ INTERMITENTĂ

Reprezintă o varietate de comportament persistent, neobişnuit, repetat care nu este secundară unei condiţii psihiatrice recunoscute. În mod repetat persoana, după o perioadă de prodrom al tensiunii, nu poate să reziste la impulsurile ce o direcţionează spre o astfel de manifestare. Actul exploziv odată realizat, pacientul obţine o uşurare, o stare de linişte.

Diagnosticul diferenţial şi gradul crescut de periculozitate al acestei tulburări este foarte bine evidenţiat de criteriile de diagnostic al APA (Asociaţia Americană de Psihiatrie):

„1. Mai multe episoade distincte de incapacitate de a rezista impulsurilor agresive care duc la acte agresive severe sau la distrugerea proprietăţii.

2. Gradul de agresivitate manifestată în cursul episoadelor este disproporţionat în mod flagrant în raport cu orice stresori psihosociali precipitanţi.

3. Episoadele de agresivitate nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., tulburările de personalitate antisocială si borderline, o tulburare psihotică, un episod maniacal, tulburarea de conduită sau ADHD) şi nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substan ţe psihoactive, sau ale unei condiţii medicale generale (de ex., un traumatism cranian, maladia Alzheimer)".

Tulburarea explozivă intermitentă ar fi mai aproape de înţelesul juridic de „incapacitate de a se stăpâni", dar însăşi definiţia tulburării nu ne oferă elemente certe care să direcţioneze spre o modulare a discernământului.

Tulburarea explozivă intermitentă are calitate de pattern comportamental agresiv (ca răspuns la stimuli minori) ceea ce îi conferă un grad crescut de periculozitate.

AGITAŢIA AGRESIVĂ – FUROR

Furorul agresiv nu este o entitate nosologică, ci poate fi considerat, de la caz la caz, un simptom/ complicaţie sau un pattern compor-tamental. Pacientul trece, mai mult sau mai puţin brusc, de la o stare de agitaţie psihomotorie comună patologiei psihiatrice la o stare de agitaţie extremă, devenind clastic, chiar agresiv. Agitaţia, de

regulă haotică, este atât de intensă încât lasă impresia unei modificări minore a câmpului conştienţei (ceea ce uneori este posibil). Nu poate fi câţ de cât calmat fără acţiune medicală de urgenţă şi administrare de psihotrope. Starea de furor agresiv nu este precedată de prodrom caracterizat prin tensiunea de a se manifesta agresiv şi nici nu este urmat de liniştire interioară (descărcare). Se diferenţiază de furor maniacal prin faptul că manifestările sunt, de regulă, mai puţin agresive (în furor maniacal foarte rar se ucide – şi atunci întâmplător, mai ales din imprudenţa victimei în raport cu persoana agitată). Există posibilitatea unui substrat patologic cerebral (necunoscut sau cunoscut dar aparent minor) mai ales la nivelul lobilor temporali.

Actele agresive sunt fără intenţie, nepregătite, haotice, nemotivate. Se apropie cel mai mult de conceptul de „imposibilitate de a se stăpâni". În aprecierea discernământului se ia în consideraţie condiţia psihiatrică de fond sau particularităţile/ vulnerabilităţile biologice la consumul de substanţe psihoactive.

JOCUL DE ŞANSĂ PATOLOGIC

OMS denumeşte jocul patologic ca o tulburare caracterizată prin episoade repetate şi frecvente de joc, care domină viaţa persoanei respective în detrimentul angajamentelor sociale, familiale, profesionale.

În practica psihiatrică pacienţii cu această tulburare se internează de regulă pentru stări depresive reactive „la pierderi" importante, internarea putând fi, sau nu, precedată de tentativă de suicid.

În practica medico-legală psihiatrică pacienţii cu tulburare de joc de şansă patologică ajung la expertizare, pentru aprecierea discernământului, în contextul comiterii unor infracţiuni (fraudă, furt, furt în vederea procurării de bani sau din răzbunare), în vederea aprecierii capacităţii psihice de a participa la proces sau pentru amânare de pedeapsă pe motiv de boală (în aceste ultime situaţii, de regulă după tentative de suicid). Uneori, aceste persoane pot fi victime ale cămătarilor/ grupărilor „de gang".

Criteriile de diagnostic, confom DSM IV-TR, sunt edificatorii pentru delimitarea acestei tulburări.

A. Comportament dezadaptativ de joc de şansă persistent şi recurent, după cum este indicat de minim cinci criterii dintre următoarele:

1. este preocupat de jocul de şansă (de ex., este preocupat de retrăirea experienţelor de joc anterioare, de handicap sau de planificarea şansei ori se gândeşte la modalităţile de procurare a banilor cu care să joace);

2. joacă sume cresânde de bani în vederea obţinerii excitaţiei dorite;

3. are repetate eforturi infructuoase de a controla, reduce sau stopa jocul de şansă;

4. este neliniştit sau iritabil când încearcă să reducă sau să stopeze jocul de şansă;

5. joacă pentru a scăpa de probleme ori pentru uşurarea unei dispoziţii disforice (de ex., sentimente de vulnerabilitate, de culpă, anxietate sau depresie);

6. după pierderea banilor la joc, revine în altă zi pentru a recupera („urmărirea recuperării" propriilor pierderi);

7. îi minte pe membrii familiei, pe terapeut sau pe alţii, spre a ascunde dimensiunea implicării în jocul de şansă patologic;

8. comite acte ilegale, precum falsul, frauda, furtul sau delapidarea, pentru a finanţa jocul de şansă;

9. a periclitat sau a pierdut o relaţie importantă, un post, ori o oportunitate educaţională sau de carieră din cauza jocului de şansă;

10. se bazează pe alţii spre a procura banii necesari ieşirii dintr-o situaţie financiară disperată cauzată de jocul de şansă.

B. Comportamentul jocului de şansă nu este explicat mai bine de un episod maniacal.

Complicaţiile jocului de șansă (cele mai frecvente) sunt suicidul și pierderea identităţii de sine, iar pe plan comportamental escrocheriile și delapidările.

Dacă nu există comorbiditate psihiatrică de natură a modifica capacitatea psihică, discernământul se poate aprecia ca fiind păstrat.

În epoca dezvoltării comunicaţiilor (internetul și jocurile online) în grupuri mari, internaţionale a apărut un nou comportament neadecvat, dăunător atât individului cât și societăţii, comportament denumit, sui-generis, „dependenţă de calculator". Prin caracteristici, se situează deocamdată undeva între dependenţă și joc patologic.

Afectează mai ales adolescenții și adulții tineri dar se constată lărgirea constantă în ambele sensuri a ariei de vârstă. Dincolo de expunerea la noxe fizice (aptă a declanșa epilepsia reflexă și favorizantă a dezechilibrului serotoninergic) și la noxe psihologice (majoritatea jocurilor – cu multe nivele – sunt violente), aceste jocuri pe PC, de mare anvergură, ajung să domine persoana în detrimentul propriului beneficiu – inclusiv al sănătății. Participanții la joc ajung să nu doarmă, (cu motivația diferențelor de fus orar ale locațiilor partenerilor internaționali), să mănânce pe apucate, să consume băuturi energizante doar pentru a continua lupta, pentru a câștiga sau pentru a ajunge la nivelele superioare ale jocurilor. Nu se mai ocupă de viața personală, își riscă cariera, coeziunea familiei, etc. Orice încercare de intervenție este respinsă cu îndârjire și motivată prin absența „pierderii de bani" (la joc). În funcție de diverse alte circumstanțe, ajung la violență (exemple: *un medic rezident nu s-a mai dus la stagii, petrecându-și timpul în fața P.C. – la jocuri – pierzând „locul în cadrul rezidențiatului"*; *un elev de gimnaziu a fugit de acasă, în scop de șantaj, deoarece a fost pedepsit cu tăierea accesului la internet; un elev și-a omorât mama în ziua în care aceasta dorea să meargă la școală deoarece ar fi aflat că a lipsit aproape tot trimestrul deoarece participase la jocurile de pe internet și ar fi fost pedepsit cu tăierea cablului etc.)*

Caracteristic acestor tineri sunt: retragerea socială, pierderea identitatii de sine, suicidul, conflictualitatea, agresivitatea până la homicid, detresa socială.

PIROMANIA

În practica medico-legală psihiatrică sunt expertizați incendiatorii. În baza experienței noastre, am putea clasifica incendiatorii în: incendiatori prin eroare umană (greșeli casnice sau profesionale; ritualuri cu foc), incendiatori ludici, incendiatori din răzbunare, incendiatori justițiari – politici, incendiatori „utilitari" (obținere de beneficii financiare directe prin asigurări sau indirect prin falimentarea altora), incendiatori bolnavi psihic (patologie psihotică – mai rar –, pacientul confuz, nedezvoltări/ deteriorări cognitive, toxicomanii, statusuri psihiatrice posttraumatisme craniene, tulburări

de conduită și antisocială etc.) și incendiatori adevărați - patologici (piromani).

Piromania este o tulburare caracterizată prin tentative multiple sau acțiuni de a da foc obiectelor sau bunurilor fără o motivație exterioară aparentă. Această tentativă este asociată cu preocupări ideative persistente privind focul, incendiul. Pașii pe care îi urmează piromanul în drumul său spre incendiere sunt similari altor tulburări de impuls și chiar a fazării comportamentului ucigașilor în serie. Piromanul, după faza ideatică privind necesitatea/ plăcerea de a incedia/ de a vedea foc, acționează (într-o stare de tensiune crescândă) pentru a-și îndeplini țelul. O dată acțiunea îndeplinită, simte o stare plăcută de excitație și, frecvent, se întoarce la locul incendiului, printre privitori sau chiar ajută la stingerea focului. În timp, simte nevoia de a incendia cât mai complex, în așa fel încât incendiile să devină tot mai mari, mai violente, mai spectaculoase iar dezastrul/ degringolada cât mai severe, iar participarea sa (după producerea incendiului) să fie cât mai activă.

Criteriile DSM de diagnostic sunt:

1. Punerea deliberată şi intenţionată a focului în mai mult decât o singură dată ocazie;

2. Tensiune sau excitaţie afectivă înaintea actului;

3. Fascinaţie, interes, curiozitate sau atracţie pentru foc şi contextele sale situaţionale (ex., detalii, utilizări, consecinţe);

4. Plăcere, gratificaţie sau uşurare când pune foc ori când asistă sau participă la înlăturarea consecinţelor sale;

5. Punerea focului nu este făcută pentru un beneficiu financiar, ca expresie a unei ideologii sociopolitice, pentru a ascunde o activitate criminală, pentru a exprima furia sau răzbunarea, pentru a ameliora propriile circumstan țe de viaţă, ca răspuns la o idee delirantă sau halucinaţie, ori ca rezultat al deterior ării judecăţii (de ex., ca în demenţă, retardare mentală, intoxicaţie cu o substanţă);

6. Punerea focului nu este explicată mai bine de tulburarea de conduită, de un episod maniacal ori de tulburarea de personalitate.

Discernământul, la piromanii adevăraţi, de regulă, se apreciază ca fiind păstrat.

FURTUL PATOLOGIC

Infracțiunile se clasifică, în mare, în infracțiuni contra persoanei (omor, T.O., lovituri cauzatoare de moarte, vătămari grave, tâlhărie, infracțiuni sexuale) și infracțiuni contra bunurilor (furt, delapidare, escrocherii, etc.). În practica medico-legală psihiatrică, apărarea prin boală psihică în cauzele de furturi este frecventă.

Criminologii clasifică și reclasifică furturile, încercâd să stopeze recidiva. Din perspectivă strict criminologică, furtul se clasifică în utilitar și neutilitar, cel utilitar fiind clasificat la rândul lui în furt utilitar – întâmplător și furt utilitar habitual, recidivant (situație în care fiecare hoț are patternul său „profesional").

Din perspectivă medico-legală psihiatrică (în baza experienței noastre) putem clasifica furturile în: furturi patologice, furturi sportive și furturi profesioniste, acestea din urmă fiind clasificabile în furturi tip „lupul singuratic", furt în grup instabil (marea majoritate a copiilor pînă în 14 ani sau bolnavii psihic antrenați prin manipulare în acțiuni de furt), furt în grup stabil tip „gang" (marea majoritate a adolescenților, cu sau fără mentor adult) și furt în grup stabil tip „bandă" (exemplu – un grup de femei care acționează organizat, după reguli precise și cu sarcini clare, în întreaga țară).

Ca orice clasificare și acestea sunt scolastice deoarece în afara furturilor patologice celelalte încadrări sunt interșarjabile. Astfel:

1. Furturile utilitare, în grup – nu constituie obiectul acestui capitol;

2. Furtul patologic este categoric neutilitar și este comis „singur";

3. „Lupul singuratic" fură singur și este un mare profesionist (se spune că are degete de „pianist", fine și lungi, aspect anatomic de mare ajutor) și folosește tehnică avansată. Este calificat mai mult în „spargeri". Comite un furt utilitar dar el nu trăiește, cotidian, din aceste furturi (poate avea profesie, familie, poate să fie apreciat de micul anturaj apartenent). Fură mai rar și ținta este întotdeauna valoroasă, deoarece cu cât este mai valoroasă cu atât este mai dificil de a fura, fiind necesare strategii complexe și abilități remarcabile. De regulă, nu lucrează la comndă și nu comercializează bunurile, furând pentru confortul său. Nu prezintă, de regulă, tulburări psihice, nici pe axa I nici pe axa II, iar somatic este sănătos dar este temperamental

mai retras, fără mulți prieteni. Spre deosebire de hoțul sportiv, „lupul singuratic" își caută ținta (cât mai dificilă), nu este agresiv. Dacă este prins recunoaște fapta dar monosilabic în sensul că răspunde punctual la întrebări (nu se laudă cu tehnica și abilitățile sale – pe modelul, dacă anchetatorul știe să pună întrebările adecvate patternului comportamental de hoție, bine, dacă nu, iarăși bine). Poate fi adus la expertizare datorită temperamentului care poate fi confundat de către anchetatori cu patologicul sau datorită intervenției avocatului angajat de familie. La cele expuse pot fi și abateri dar, statistic, portretul lupului singuratic este acesta.

În practica noastră am expertizat un singur lup singuratic, adus la insistențele avocatului dar și pentru structura sa mai puțin sociabilă.

Constituțional era longilin cu degete lungi și fine; persoană instruită, vorbea frumos, corect, concis, logic, răspunzând punctual la întrebări. După întrebări insistente s-a reușit reconstituirea împrejurărilor comiterii furtului (s-a folosit de coardă de alpinism). Singura întrebare la care a răspuns doar nonverbal (zâmbind subțire) a fost „a meritat?".

4. Hoțul sportiv acționează tot singur dar comite un furt utilitar, trăiește din această „meserie" dar spre deosebire de lupul singuratic și de hoțul de buzunare așteaptă ocazia (ex.: portiere, uși descuiate) și nu și-o creează. Recunoaște fapta, este jovial, sociabil și are concepția că „pe proști trebuie să-i furi", „ei sunt vinovați" și „societatea nu-i asigură mijloace de trai". Își comercializează (de regulă fără intermediari) bunurile furate. Nu acceptă să fie acuzat de escrocherii (hoția este nobilă, escrocheria nu). Știe că poate fi arestat, acceptă ca „normalitate" detenția, fără pică pe anchetatori, judecători, etc. Pentru el hoția este în același timp un mijloc de trai, o profesie și o distracție, nefiind agresiv.

Redăm din discursul (la expertiză) al unui hoț sportiv, în anul 1903: *„ mă numesc..... de meserie pungaș.... știu că casele sunt nelocuite și de aceea am luat ivărul pentru a-l vinde. am fost în pușcărie pentru diferite furturi și aștept chiar acum un nou mandat" (I. Stănescu, „Furtul sportiv", 1947).*

5. Hoțul de buzunare acționează singur și nu în bandă, este tot singuratic, este profesionist, are abilități de prestidigitator. Trăiește din furt (așa cum alții trăiesc din cerșetorie). Are familie care îi cunoaște „meseria" (dacă nu cumva sunt și ei „meseriași"). Observați

de către alții, devin agresivi (mai ales verbal) iar prinși și anchetați, sunt gălăgioși, demonstrativi, uneori agresivi și dau vina pe societate/ sărăcie/ necesitatea de a-și crește copiii, etc. Încearcă frecvent să se apere prin boală. Au „onoare", nu acceptă să fie acuzați de altceva (ex. excrocherie). Hoții de buzunare au fiecare traseele lor bine stabilite, se cunosc între ei și nu încalcă teritoriul celorlalți.

6. Copiii, adolescenții și chiar adulții care fură singuri, în mod constant, cu sau fără tulburări psihice, din mijloace de transport, gări, stații de mașini (în locații „cu căldură", unde mai pot sta, dormi etc.) sunt tot hoți singuratici care comit furturi utilitare. Sunt „traseiști"; se recrutează din rândul celor fugiți de acasă sau din instituții ale statului, din rândul „boschetarilor" (boschetari atipici). Fură din necesitate pentru a mânca, a se îmbrăca, a-și cumpăra țigări și chiar băuturi alcoolice (cei care se droghează, de regulă, fură în grup chiar dacă în aceleași condiții de „spațiu"). Sunt prinși greu (chiar dacă sunt în evidența poliției) deoarece sunt în veșnică deplasare și sunt deosebit de abili în a scăpa de poliția transporturilor. Uneori pot fi agresivi. În spatele acestor furturi sunt existențe sordide și psihitraume dar copiii vor dezvolta, mai mult ca sigur, tulburări de personalitate. Dacă sunt prinși, recunosc sau nu fapta, în funcție de circumstanțe.

7. Există o categorie de bolnavi psihici care fură singuri, inconstant, de poftă sau de necesitate reală; sunt prinși ușor, recunosc (de regulă) fapta. La această categorie de hoți „singuratici" care comit furturi utilitare se ia în discuție marginalizarea/ stigmatizarea/ calitatea vieții bolnavilor psihici (accentuate la schizofrenii remiși parțial, retarduri mintale și epileptici) categorii de bolnavi care sunt frecvent părăsiți de familiile constituite sau de origine. În ceea ce privește discernământul, se iau în considerare: tulburarea psihică de fond, dizabilitățile, calitatea vieții, capacitatea de a opera cu experiența vieții și împrejurările comiterii faptei. De regulă discernământul se apreciază ca scăzut sau păstrat, rar abolit. Dificultățile apar la recomandarea măsurilor de siguranță medicală. Trebuiesc aduse argumente bine fondate pentru recomandarea sau nerecomandarea acestor măsuri, „cuiul" fiind reprezentat de schizofreni și de oligofrenii grad I/II. Octavian Buda (2000) recomandă aplicarea măsurilor prev. de art. 113 C.P. în regim de penitenciar (în cazul în care va fi pedepsit cu detenție) chiar și la schizofreni. Punctele de vedere sunt împărțite

deoarece, la o schizofrenie reziduală/ remisă parțial, riscul de reușită în regim concentraționar este maxim, dar în același timp nu prea se poate asigura, întodeauna, caz cu caz, logistica necesară reluării tratamentului, asigurarea unui trai decent, etc. pentru evitarea recidivei.

O altă problemă spinoasă la această categorie de hoți (singuratici, utilitari, neprofesioniști) este faptul că pot fi ușor de manipulat de către alții (ex., unui oligofren i se vinde „pontul" că poate fura ușor întotdeauna, „fără să fie prins" –, ceva biscuiți, sucuri, țigări dar să fure și pentru „binefăcător" ceva mai consistent, fără un alt „beneficiu" pentru bolnav în afara celor precizate în „pont").

8. Hoțul-copil, singuratic, ocazional fără tulburări psihice realizează un furt ludic, aparent utilitar. Copilul mic fură din neformare clară a conceptelor adiacente respectului pentru proprietate, iar cel mai mare fură „de poftă". Copilul este prins imediat și măsurile educative adecvate dau roadele scontate. Acest tip de furt nu este un furt utilitar real.

9. Portretele hoților „singuratici" mai mult sau mai puțin utilitari reprezintă o medie statistică, dar abaterile de la cele expuse sunt puțin semnificative. Toate aceste furturi trebuiesc diferențiate de furtul patologic (care trebuie diferențiat de furturile asemănătoare survenite la bolnavii depresivi sau la cei cu tulburări mentale organice).

10. Furtul patologic este o tulburare psihică caracterizată prin imposibilitatea repetată de a rezista la impulsul de a fura obiecte. Se diferențiază de alte furturi solitare prin următoarele caracteristici:

• sunt furate obiecte, de regulă, fără valoare și fără utilitate imediată;

• dacă au valoare sau aparent utilitare (ex. parfum, inel) nu sunt folosite;

• persoana nu comercializează obiectele furate; poate să le ascundă, să le doneze, să le arunce;

• comportamentul este însoțit, înaintea actului, de stare de tensiune crescândă; în timpul comiterii furtului și, imediat după realizarea actului, persoana are sentimente de satisfacție.

Furtul patologic se poate întâlni (la fel ca lupii singuratici) la toate nivelurile de instrucție. De regulă, discernământul este apreciat ca păstrat.

PSIHOPATOLOGIA SEXUALĂ *VS* INFRACȚIUNI SEXUALE

Gabriela Costea, Bogdan Mălinescu

INTRODUCERE

1. Comportamentul sexual aberant în istorie, filozofie, literatură

• Pederastia era practicată în societățile antice din Asia Mică de către Asirieni, Fenicieni și Greci, fiind cunoscută și în Asia (Japonia).

• Travestitismul este cunoscut încă din antichitate. Mitologia greacă îl prezintă pe Tirezias ca fiind 6 luni barbat și 6 luni femeie. Despre Hercules se arată că era travestit în femeie torcând la picioarele lui Omfales. Herodot și Hipocrit scriau despre o boală de care sufereau sciții care se îmbracau și aveau preocupări feminine.

• Necrofilia: Periandru (627-585 î.e.n.), tiran al Corintului, care, dupa ce își ucide soția (Milisa) într-o stare de furie, continuă să întrețină raporturi sexuale cu decedata.

• Sadismul sexual este definit de către Aristotel ca nestapânire bestiala sau maladivă la „oameni care duc viciul până la exces".

• Tulburarea de identitate sexuală (TIS): Platon spune că oamenii au „ceva comun cu fiecare din cele doua sexe".

2. Cadrul definitoriu

Termenul de sex denumește statusul biologic al unei persoane ca bărbat, femeie sau incert. În functie de circumstanțe, această precizare poate fi bazată pe aspectul organelor genitale externe sau pe cariotip. Într-o concepție sociologică exprimată de Hyde, cele patru niveluri la care se exercită influențele sociale asupra sexualității umane sunt: societatea în ansamblu (dimensiune macrosocială), clasa socială sau grupul social din care face parte individul prin influențele exercitate asupra sexualității sale (dimensiune subculturală), interacțiunea cu părinții, prietenii, partenerul, individual – modul

personal de orientare sexuală, de dorința sexual (dimensiunea interpersonală) și genurile de scenarii sexuale asimilate. Rezultă că în orice societate comportamentul sexual nu are o geneză unică, ci este supus unui ansamblu de elemente, influențe și presiuni de natură normativ-valorică.

Kaplan numește patru factori de care depinde sexualitatea unei persoane: identitatea sexuală, identitatea de gen, orientarea sexuală și comportamentul sexual.

Identitatea de gen reprezintă sentimentul unei persoane de masculinitate sau feminitate. În jurul vârstei de 2-3 ani aproape toți copiii conștientizează apartenența la sexul masculin sau la cel feminin. Chiar și când dezvoltarea masculină sau feminină este normală, persoana mai are posibilitatea să dezvolte un sentiment de masculinitate sau de feminitate. În concepția lui Robert Stoller, identitatea de gen se referă la aspectele comportamentului în legătură cu masculinitatea sau feminitatea. El consideră genul ca fiind social, iar sexul aparținând biologicului. Când cele două sunt compatibile, dezvoltarea este normală. Dar sexul și genul pot fi în conflict, sau se pot dezvolta pe căi opuse. Identitatea de gen rezultă din interacțiunea experiențelor cu membrii familiei, cu profesorii, prietenii, colegii de serviciu, cu fenomenele culturale. Formarea identității de gen se bazează pe atitudinile culturale și parentale și influența genetică fiziologic activă din a 6-a săptămână de viața fetală. Comportamentul rolului de gen cuprinde toate lucrurile pe care o persoană le spune sau le face astfel încât să se descrie pe sine ca având statut de băiat, bărbat, fată ori femeie. Rolul genului nu este stabilit la naștere. Pentru normalitate e nevoie de o concordanță între identitatea de gen și rolul genului. Rolul genului poate fi în opoziție față de identitatea de gen. Persoana poate să se identifice cu propriul sex și totuși să adopte vestimentația, coafura sau alte caracteristici ale sexului opus, sau poate să se identifice cu celălalt sex, adoptând comportamentul caracteristic acestuia.

3. Cadrul definitoriu al tulburărilor sexuale

3.1. Pornind de la conceptele privind instinctele primare în sensul că la baza comportamentelor ființelor vii stă prezervarea speciei, posibilă în primul rând prin reproducere, tulburările sexuale s-ar putea clasifica și din perspectiva tulburărilor de instinct (instinct sexual):

a) Tulburări în realizarea contactului sexual

• inhibiția sexuală: .impotența, frigiditatea;

• hipersexualitatea: donjuanismul, satiriazisul, nimfomania;

b) perversiunile sexuale

• deformarea actului sexual: sadismul, masochismul, exhibiționismul, voieurismul, fetișismul;

• deformarea imaginii partenerului: pedofilia, gerontofilia, zoofilia, necrofilia, incestul.

3.2. Din această perspectivă, constatându-se că în cadrul comportamentului sexual se pot distinge: un subiect, un obiect şi un scop, s-ar putea face următoarea clasificare:

a.deviații caracterizate prin *modificări cantitative* ale activității sexuale a subiectului (inhibiția sexuală, impotența, frigiditatea (anafrodisie), satiriazisul, nimfomania (hiperafrodisie);

b. deviații de la *obiect* (autosexualitate – onanie, incest, homosexualitate, pedofilie (infantosexualism), gerontofilia, bestialitate, zoofilie, necrofilie, fetişism;

c. deviații ale scopului (sexualitate orificiala-oralism/ analism, exhibiționism, sadomasochism, scoptofilie, frotteurism);

d. deviații ale modului de realizare a actului sexual – anal în pederastie, manual în masturbație.

3.3. În funcție de cauza deviațiilor sexuale am putea clasifica deviațiile sexuale astfel:

a. deviații sexuale simptomatice, consecință a unei leziuni cerebrale (traumatică, toxică, infectioasă, tumorală, vasculară degenerativă, ereditară);

b. deviații sexuale simptomatice, consecutive unei disendocrinii sexuale (insuficiența androgenica, hiperandrogenie care poate determina o hiperafrodisie cu hipererotism sau agresivitate sexuală);

c. deviații sexuale „esențiale" (forma „nevrotică" şi forma perversă).

3.4. Sub aspectul calității de „simptom" în cadrul psihopatologiei, deviațiile sexuale s-ar clasifica în:

a. tulburări sexuale simptomatice din cadrul unor boli psihice – axa I de diagnostic (schizofrenie, demențe, etc.);

b. tulburări sexuale în contextul unei tulburări de personalitate.

Din perspectiva dublă (trebuințe/ nevoi de reproducere și sexuale *vs* trebuințe/ nevoi sexuale și de reproducere în psihopatologie) reținem:

a. exacerbarea (nimfomanie – satiriazis) se poate întâlni ca atare sau în cadrul tulburărilor de conduită și personalitate, al tulburărilor relaționate cu consum de substanțe psihoactive, în excitația hipomaniacală, etc.);

b. diminuarea/ abolirea se poate întâlni în leziuni temporale și ale hipocampului, patologia psihiatrică, la toxicomani și în cadrul unor condiții somatice);

3.5. DSM-IV-TR™ se referă la disfuncții sexuale ca fiind perturbarea dorinței sexuale și prezența modificarilor psihofiziologice care caracterizează ciclul de răspuns sexual și cauzează detresă și dificultate interpersonală marcată. O disfuncție sexuală este caracterizată printr-o perturbare în procesul care definește ciclul de răspuns sexual sau prin durerea asociată cu raportul sexual. Se delimitează astfel:

a. parafiliile care grupează comportamente, fantezii sau dorințe sexuale intense, recurente, care implică obiecte, activități sau situații insolite și cauzează detresă sau deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare;

b. tulburările de identitate sexuală – TIS (identificare puternică și persistentă cu sexul opus asociată cu disconfort persistent referitor la propriul sex atribuit).

3.6. OMS clasifică tulburările sexuale la capitolul „Tulburări mentale și de comportament":

Tulburări de preferință sexuală

a. fetișism – utilizarea obiectelor neanimate ca stimul al excitației și a satisfacției sexuale; de regulă fetișii sunt legați de corp (îmbrăcăminte, încălțăminte etc.) dar pot fi și obiecte particulare (ex. obiecte din piele, din material plastic etc.);

b. transvestitism fetișist – purtarea de haine ale sexului opus în scopul obținerii satisfacției sexuale și de a crea aparența unei persoane de sex opus (se diferențiază de TIS prin asocierea cu excitație sexuală scăzută care nu se întâlnește la transsexual);

c. exhibiționism – tendință recurentă de a expune organele genitale în fața persoanelor străine (de regulă de sex opus) aflate în

locuri publice fără a dori/ solicita contact sexual (uneori actul poate fi urmat de masturbație);

d. voyerism – tendința recurentă sau persistentă de a privi persoane în timpul activității sexuale sau în timpul îndeplinirii unor activități intime, fără ca aceste persoane să știe; de regulă este urmată de masturbație;

e. pedofilia – preferință sexuală pentru copii (indiferent de sexul acestora) de regulă în perioada prepubertară sau la începutul pubertății;

f. sado-masochism – preferință pentru o activitate sexuală care implică durerea, umilirea sau aservirea;

g. altele: necrofilie, frecare

h. multiple, cea mai frecventă asociere fiind reprezentată de gruparea fetișism – transvestitism – sadomasochism.

Tulburări de identitate sexuală:

a. transexualism (TIS) – dorință de a trăi și de a fi acceptată ca persoană aparținând sexului opus, asociată frecvent cu neadaptare în raport cu sexul anatomic și cu dorința de modificare anatomică a sexului;

b. transvestitism bivalent – purtarea de îmbrăcăminte a sexului opus în timpul unei perioade limitate a existenței sale pentru a experimenta temporar apartenența la sexul opus fără a dori schimbarea anatomică a sexului; schimbarea îmbrăcăminții nu este însoțită de excitație sexuală;

c. tulburare de identitate a copilăriei – suferință intensă și persistentă privind sexul atribuit însoțită de dorința de a aparține sexului opus/ afirmație privind această dorință; apare, de regulă, în prima copilărie (întodeauna înainte de pubertate).

3.7. Codul Penal al României delimitează infracțiunile privitore la viața sexuală (capitol separat), prevăzând:

a. Violul – este definit ca act sexual, de orice natură, cu o persoană de sex diferit sau de același sex, prin constrângerea acesteia sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-și exprima dorința; se pedepsește cu detenție (până la 10 ani) și cu interzicerea unor drepturi; pedeapsa este mai mare (chiar până la 25 de ani) în următoarele condiții agravante (enumerate în ordinea gravității): fapta a fost săvârșită de 2 sau mai multe persoane împreună, victima se afla în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau în tratamentul

făptuitorului, victima este membru al familiei, dacă s-a cauzat victimei o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății, dacă victima nu a împlinit vârsta de 15 ani și dacă fapta este urmată de moartea sau sinuciderea victimei;

b. Actul sexual cu un minor – este definit ca act sexual, de orice natură, cu o persoană de sex diferit sau de același sex care nu a împlinit vârsta de 15 ani; se pedepsește cu detenția și interzicerea unor drepturi. Circumstanțele agravante sunt: victima are între 15 – 18 ani și infracțiunea este săvârșită de către tutore, curator, supraveghetor, îngrijitor, medic curant, profesor, educator folosindu-se de calitatea sa sau dacă a abuzat de încrederea victimei/ de autoritatea/ de influența sa asupra victimei, victima are sub 18 ani și făptuitorul a oferit sau dat de bani sau alte foloase necuvenite (direct sau indirect), fapta a fost comisă în scopul de producere a unor materiale pornografice, fapta a fost urmată victima a fapta a fost urmată vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătățiivictimei, fapta a fost urmată de moartea sau sinuciderea victimei.

c. Seducția – fapta aceluia care, prin promisiuni de căsătorie, determină o persoană de sex feminin mai mică de 18 ani, de a avea cu el raport sexual .

d. Perversiunea sexuală – acte de perversiune sexuală săvârșite în public sau dacă au produs scandal public. Circumstanțele agravante sunt: victima are sub 15 ani, victima are vârsta de 15-18ani iar făptuitorul este tutore, curator, supraveghetor, îngrijitor, medic curant, profesor, educator și s-a folosit de calitatea sa sau a abuzat de încrederea victimei/ de autoritatea/ de influența sa asupra victimei, victima are sub 18 ani și făptuitorul a oferit sau dat de bani sau alte foloase necuvenite (direct sau indirect), fapta a fost comisă în scopul de producere a unor materiale pornografice, fapta a fost urmată victima a fapta a fost urmată vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătățiivictimei, fapta a fost urmată de moartea sau sinuciderea victimei.

e. Corupția sexuală – acte cu caracter obscen săvârșite asupra unui minor. Circumstanțele agravante sunt: fapta se petrece în familie, fapta a fost comisă în scopul de producere a unor materiale pornografice, ademenirea altei persoane în vederea săvârșirii de acte sexuale cu un minor de sex diferit sau de același sex.

Din perspectiva expertizării medico-legală psihiatrică precizăm:

• Se expertizează persoane care au comis infracțiunile prevăzute de Codul Penal în vigoare;

• De regulă, trebuie să se constate dacă persoana care a comis o astfel de infracțiune a comis-o cu discernământ păstrat, diminuat sau fără discernământ;

• Excepția de la această regulă o reprezintă transsexualii la care se solicită stabilirea diagnosticului psihiatric, condiția somatică, capacitatea psihică de a înțelege ceea ce înseamnă în mod real schimbarea anatomică a sexului și consecințele somatice, psihologice și chiar psihiatrice ale intervenției chirurgicale și ale tratamentului hormonal, de a decide cu liberă voință asupra propriei persoane.

PARAFILIILE

Parafiliile sunt fantezii sexuale recurente, intense excitante cu caracter de îndemn și care implică obiecte, copii sau alte persoane care nu consimt, sau care suferă din această cauză sau a partenerului (deviații sexuale, anomalii, perversiuni sexuale).

Conform DSM IV, parafiliile sunt fanteziile excitante sexual intense, recurente și impulsiuni sexuale sau comportamentele care implică în general: obiecte, suferința sau umilirea subiectului sau a partenerului acestuia sau copiii ori alte persoane care nu consimt și care survin pentru o perioadă de cel puțin 6 luni. Fanteziile sau stimulii parafilici pot deveni obligatorii pentru excitația erotică și sunt totdeauna incluși în activitatea sexuală. Uneori, preferințele parafilice survin numai episodic (perioade de stres). Uneori parafilicul poate funcționa sexual fără fantezii sau stimuli parafilici.

Pentru pedofilie, voyeurism, exhibiționism și frotteurism, diagnosticul este pus dacă persoana a acționat conform acestor pulsiuni sau dacă fanteziile sexuale cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată.

Pentru sadismul sexual, diagnosticul este pus dacă persoana a acționat conform acestor pulsiuni cu o persoană care nu consimte sau aceste pulsiuni, fantezii sexuale sau comportamente cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată. Pentru restul parafiliilor, diagnosticul este pus în cazul în care comportamentul, pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau deteriorare

semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante.

Operațional, DSM clasifică parafiliile astfel: exhibiționismul (expunerea organelor genitale), fetişismul (uzul de obiecte inerte), frotteurismul (atingerea şi frecarea de o persoană care nu consimte), pedofilia (centrarea pe copii prepubertari), masochismul sexual (placerea de fi umilit sau a fi făcut să sufere), sadismul sexual (provocarea de umilire şi suferință), fetişismul transvestic, voyeurismul (observarea activității sexuale).

Prin definiție, fanteziile şi pulsiunile asociate parafiliei sunt recurente. Diagnosticul diferențial se face cu uzul nepatologic de fantezii sexuale, comportamente sau obiecte drept stimul pentru excitația sexuală, retardarea mentală, demență, modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale, dependenta la substanțe psihoactive, episoade maniacale, schizofrenie, epilepsie – cu comportamente sexuale aberante (ex. zoofilie în schizofrenie); în cadrul patologiei menționate, comportamentul aberant sexual nu reprezinta un pattern.

Parafiliile sunt subdiagnosticate şi subinregistrate. În SUA, aproximativ jumătate dintre indivizii cu parafilii întâlniți în clinică sunt căsătoriți. Parafillile pot debuta în copilărie sau preadolescență, însă devin definite şi elaborate în cursul adolescenței şi la adulții tineri şi continuate în toată perioada de adult. Intensitatea şi frecvența pot varia dar deseori au un crescendo, scăzând după vârsta de 50 de ani. Creşterea intensității poate fi relaționată cu reacții la factori psihostresori, cu alte tulburări mentale sau cu creşterea oportunităților de a se angaja în parafilie.

Parafilicii de obicei nu suferă de boli psihice majore (psihoze). Se ridică astfel problema etichetării anormale a modelelor de excitare sexuală. Actele de perversiuni sexuale ale parafilicilor sunt acte care nu răspund trebuințelor primare şi sunt de obicei efectuate pur şi simplu din cauza dorințelor anormale (tulburări de personalitate, consum de substanțe psihoactive, rar – retard mintal, sindroame deteriorative, schizofrenie). Nu se constată, de regulă, tulburări cognitive. Parafilicii nu acceptă că ar avea tulburări sexuale iar publicul larg tinde să eticheteze aceste situatii ca fiind „rele", mai degrabă decât patologice.

Parafilicii care nu au un partener consentiv cu care să treacă la realizarea fanteziilor lor recurg la serviciile prostituatelor sau îşi pot realiza fanteziile cu persoane care se opun (infracţiune). Ei îşi pot alege o ocupaţie, dezvolta un hobby sau se pot oferi să îndeplinească o activitate care-i aduce în contact cu stimulul dorit (exemplul clasic este dat de pedofili). Frecvent, parafilicii se ocupă cu pornografia. De regulă, disfuncţia socială este rezultatul reacţiei societăţii la comportamentul lor. Unii au sentimente de culpă extremă, de ruşine şi depresie pentru faptul de a se fi angajat într-o activitate sexuală care este blamată social sau pe care chiar ei înşişi o consideră drept imorală. Alţii pot avea disfuncţii sexuale şi sunt incapabili de afectivitate sexuală reciprocă; la unii pot apare simptome psihiatrice (frecvent depresie), acestea putând fi însoţite de o creştere în frecvenţă şi intensitate a comportamentului parafilic. La unii parafilici funcţionează mecanisme similare celor ce induc dependenţa la substanţe psihoactive (pentru a obţine plăcerea sexuală se accentuează, negativ, comportamentul parafilic cu disfuncţionalitate sexuală severă). Pentru masochismul sexual se estimează un raport de 20 de bărbaţi la fiecare femeie. Celelalte parafilii nu sunt diagnosticate aproape niciodată la femei. Mai trebuie să reţinem că ceea ce este considerat deviant într-un anumit mediu cultural poate fi acceptat în alt mediu.

Comportamentul sexual aberant (actele exhibiţioniste sau colectarea de obiecte fetiş) poate deveni activitatea sexuală majoră din viaţa individului. Aceşti parafilici se adresează rar, din proprie iniţiativă , sistemului sanitar, frecvent intrând în atenţia specialiştilor doar, când comportamentul lor îi aduce în conflict cu partenerii sexuali sau cu societatea (în această ultimă situaţie, consecinţele depind de toleranta/ intoleranţa social-religioasă).

PREZENTARE DE CAZ

Femeie, cadru mediu sanitar, într-o institutie sanitară cu conotaţii de semiizolat uman, divorţată, fără locuinţă proprie (locuia la locul de muncă, într-o cameră, împreună cu fiul său în vârstă de 13 ani, deţinând un singur pat); era cunoscută ca o mare consumatoare de băuturi alcoolice. Fiul s-a adresat medicilor spitalului, descriind un

comportament parafilic, al mamei față de el, noaptea, când mama se afla sub influența băuturilor alcoolice. Mama copilului a fost internată în spital. În timpul spitalizării, de aprox. 3 luni, a prezentat delirium tremens și a fost pensionată medical. A fost lăsată să locuiască în continuare în spital. Copilul a fost luat de o familie de salariați (cu acordul mamei). După 3 luni de la pensionare, femeia a decedat. Copilul a fost lăsat în grija familiei la care locuia de peste 6 luni. Cazul a fost rezolvat benefic pentru copil datorită circumstanțelor, nereprezentând o altă problemă dificilă pentru autorități.

Din punctul de vedere al psihiatriei medico-legale, trecerea de la fantezii la act cu un partener care nu consimte poate vătăma acea persoană (sadism sexual, pedofilie). Pedofilia este frecventă. Exhibiționismul, pedofilia și voyeurismul constituie majoritatea atacatorilor sexuali arestați. În unele situații, trecerea la realizarea fanteziilor parafilice conduce la autovătămare (masochism).

Relativ la discernământ, în situația în care se constată o patologie psihiatrică (axa I) se face o analiză corelată. Orientarea este spre discernământ scăzut, cu excepția schizofreniei (unde se apreciază periculozitatea socială mai mare) și a demenței (unde se apreciază stadialitatea bolii și posibilitățile concrete de asistență medicală).

În cazul tulburărilor de personalitate și a toxicomaniilor orientarea este spre discernământ păstrat. În situația în care se precizează doar diagnosticul de tulburare a preferinței sexuale, discernământul este categoric apreciat ca păstrată.

PEDOFILIA

Pedofilia este definită ca o satisfacere a plăcerii sexuale cu un copil prepubertar (în general, în vârstă de 13 ani sau mai mic) de către un individ îm vârstă de 16 ani sau mai mult, dar cu cel puțin 5 ani mai mare în vârstă decât copilul. La preadolescenți nu este specificată o diferență de vârstă clară; situația se analizează în funcție de maturitatea sexuală a preadolescentului/ copilului și de diferența de vârstă.

Criteriile de diagnostic – DSM sunt:

„A" În cursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând activitatea sexuală cu un copil sau cu copii prepubertari (în general în etate de 13 ani sau mai mici);

„B" Persoana a acționat conform acestor pulsiuni sexuale, sau pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată;

„C" Persoana este în etate de cel puțin 16 ani și cu cel puțin 5 ani mai mare decât copilul sau copii de la criteriul A.

Pedofilii au un anumit pattern pentru o anumită grupă de vârstă sau pentru un anumit sex. Se constată o frecvență crescută a selectării victimelor din grupe de vârstă cât mai mici precum și „internaționalizarea" infracțiunii, mulți pedofili fiind itineranți și cu apetit mai crescut spre țările cu un nivel de trai mai scăzut (exemplu – estul Europei).

PREZENTARE DE CAZ

Un pedofil din Belgia, arestat în România, a solicitat expertize medico-legale psihiatrice deorece este bolnav de „Borderline". La expertizare s-a manifestat ostil, revendicativ, amenințător (solicită extrădarea pe motiv de boală și rele tratamente în închisoarea din România). A reclamat, în fața medicilor faptul că nu este tratat corect, nu este inclus în programe de psihoterapie, așa cum s-a procedat în alte țări (Franța, Germania).

Frecvent, pedofilii atrași de fetițe preferă grupa de vârstă 8-10 ani; cei atrași de băieței preferă băieți mai mari. Pedofilii sunt de 2 categorii; de tip exclusiv și de tip nonexclusiv (au și relații sexuale normale). Unii pedofili își pot limita activitatea la dezbrăcarea și privirea copilului, la masturbarea în prezența copilului sau atingerea și mângâierea acestuia. Alții practică felația sau cunlinguția sau penetrează vaginul fetiței, gura sau anusul cu degetele lor, cu obiecte străine sau cu penisul și utilizează grade de forță diferite.

Pedofilii oferă motivații de tipul: „valoare educativă" pentru copil; acesta obține „plăcere sexuală"; sau copilul a avut un comportament „provocator sexual".

Victimele pedofililor pot fi proprii lor copii, copiii vitregi, rude, copii cunoscuți din afara grupului domestic, copii necunoscuți. Ei se manifestă inițial cu tandrețe, sunt deosebit de grijulii, ca apoi să devină agresivi. Unii sunt agresivi de la început. Metodele de atracție a copilului denotă abilitate, pedofilul fiind un profesionist al manipulării.

Rata recidivismului pentru indivizii cu pedofilie implicând preferința pentru băieți este aproximativ de două ori mai mare decât rata celor care preferă fetele.

Frecvent, pedofilia este asociată cu incest şi sadism.

Infracțiunea este facilitată și de comportament imprudent al copiilor (care primesc o educație precară în ceea ce privește sexualitatea), de credulitatea mediului social, de accesul liber și facil la mijloacele moderne de comunicație. Frecvența este crescută în mediile concentraționare (mai ales în tabere de refugiați). Pedofilii adevărați sunt recidiviști. Abuzul sexual asupra copilului se discută din punctul de vedere al psihotraumatologiei copilului și al victimologiei. Studiile internaționale arată că aprox. 25% dintre agresori (bărbați – băieței)au fost victimizați sexual, în copilărie.

VIOLUL

Violul constă în întreținerea unui act sexual, prin violență, cu o persoană care se opune. Este o infracțiune, un fapt. Frecvența este subestimată. Frecvent agresorul cunoaşte victima (rar victima nu este cunoscută). Violul în grup se întâlneşte mai ales la adolescenți. Frecvent comportamentul victimei poate fi favorizant prin imprudență (provocator, indiferent – apatic).

Violatorul poate fi:

• întâmplător (mai mult la adolescenți, la petreceri sub influența băuturilor alcoolice); importante sunt „oportunitățile" – inclusiv comportamentul imprudent al victimei;

• „utilitar" (răpire – sechestrare – violuri repetate cu comportament agresiv sau obligare la prostituție);

• violatorul adevărat este cel care a comis mai multe violuri pentru care a fost arestat (câte au rămas necunoscute?).

Metodele de comitere a actului de viol sunt:

• Blitz – rape, urmărire până când găseşte momentul şi locul oportun (violatorul poate adopta, iniţial un comportament prietenos, îndatoritor).

• Atitudinea faţă de victime este de dispreţ, înjosire, ameninţare, agresivitate.

Cîteva precizări legate de viol sunt:

• De regulă, agresorul nu are sentimente de vinovăţie faţă de victimă sau faţă de încălcarea normelor;

• Conform teoriei „recunoaştere a recunoaşterii", agresorul recunoaşte în victimă propria sa esenţă umană distrusă – drept care nu el a înjosit victima ci el s-a înjosit (recunoaşte în victimă propriul sine distrus). Teoria se referă doar la situaţiile în care agresorul recunoaşte fapta (situaţie rară).

• Alte teorii se referă la imposibilitatea violatorului de a obţine în alt mod plăcere sexuală datorită disfuncţiilor psihosexuale.

Violatorul de regulă are tulburare de personalitate, *minimal brain damage* şi uneori comorbiditate psihoorganică.

Victima va intra în circuitul psihiatric (expunere la stres).

Atitudinea societăţii faţă de victimă este frecvent aceea de blam şi de minimalizare a consecinţelor sociale ale violului, de aceea, multe femei mature, chiar căsătorite, victime întâmplătoare ale unui viol, nu reclamă infracţiunea.

Accesul facil prin mijloace de comunicare moderne la materiale (vizuale) cu tematică sexuală, facilitează comportamentul violatorului. Se constată creşterea frecvenţei violurilor produse de către adolescenţi şi maturii tineri (o dată cu creşterea frecvenţei, la aceste grupe de vârstă) a comportamentelor agresive şi a consumului de substanţe psihoactive.

Implicaţiile socio-juridice sunt mari, încă neevaluate corect (datorită necunoaşterii reale a datelor statistice).

Expertiza medico-legală psihiatrică analizează eventuala patologie psihiatrică subiacentă a violatorului şi circumstanţele comiterii faptei (comportament antefaptic, mod de comitere, comportament postfaptic, motiv, motivaţie, mobil) în corelare cu simptomatologia/ sindromologia reconstituită pentru momentul respectiv. Orientarea este spre discernământ păstrat.

TRANSSEXUALISMUL/ TULBURARE DE IDENTITATE SOCIALĂ (TIS)

Transsexualismul constă (DSM IV) într-o puternică şi persistentă identificare cu sexul opus (nu doar dorirea unora dintre avantajele percepute cultural ale faptului de a fi de celălalt sex). La copii perturbarea se manifestă prin patru dintre următoarele situaţii:

• dorinţa declarată în mod repetat de a fi ori pretinderea că el sau ea este de celalalt sex;

• la băieţi, preferinţa pentru travestire sau îmbrăcăminte care simulează pe cea feminină;

• la fete, preferinţa de a se îmbraca numai cu haine tipic masculine;

• preferinţe persistente şi puternice pentru roluri de sex opus în jocuri din imaginaţie sau fantezii persistente de a fi de celălalt sex;

• dorinţa intensă de a participa la jocuri sau distracţii tipice celuilalt sex şi preferinţa puternică pentru companioni de joacă de celălalt sex.

La adolescenţi şi adulţi perturbarea se manifestă prin simptome cum ar fi dorinţa declarată de a fi de celălalt sex, trecerea frecventă ca fiind de celălalt sex, dorinţa de a trăi sau de a fi tratat ca fiind de celălalt sex ori convingerea că (el sau ea) are reacţii şi sentimente tipice celuilalt sex.

Se manifestă disconfortul persistent în legătură cu sexul său ori sentimentul de inadecvare în rolul genului acelui sex. Această perturbare la copii se manifestă prin oricare dintre urmatoarele aspecte:

• la băieţi, afirmaţia că penisul sau testiculele lor sunt dezgustătoare sau că vor dispărea, ori afirmaţia că ar fi mai bine dacă nu ar avea penis, au aversiune faţă de jocurile cu învălmăşeală şi rejectarea jucăriilor, jocurilor şi activităţilor tipic masculine;

• la fete, refuzul de a urina în poziţie şezândă, afirmaţia că au sau că le va creşte penis sau că nu doresc să le crească sânii ori să aibă menstruaţie, aversiune marcată faţă de îmbrăcămintea feminină normativă.

La adolescenţi şi la adulţi perturbarea se manifestă prin simptome cum ar fi preocuparea pentru debarasarea de caracteristicile sexuale primare şi secundare (de ex., solicitarea de hormoni, intervenţie chirurgicală sau alte procedee pentru a modifica

somatic caracteristicile sexuale spre a simula celălalt sex, ori credința că el sau ea a fost născut/ născută cu un sex eronat.

Perturbarea nu este concomitentă cu o condiție intersexuală somatică. (ex., sindrom de insensibilitate androgenă parțială sau hiperplazie suprarenală congenitală) și cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

TIS la fete – se manifestă cel puțin 6 luni prin suferințe intense și persistente în legătură cu sexul feminin atribuit și are o dorință puternică de a fi băiat (nu numai o dorință pentru avantajele culturale de a fi băiat). Insistă că „ea este un băiat". Sunt prezente semne precum:

• aversiune marcată și persistentă față de hainele feminine și insistență în purtarea hainelor tipice masculine,

• repudiere persistentă a structurilor anatomice feminine evidențiată prin cel puțin unul dintre criteriile:

- declarație că ea are sau îi va crește un penis,
- refuzul de a urina în poziție sezânda,
- declarație că nu dorește să-i crească sâni sau să aibă menstruații.

TIS la băieți se manifestă prin suferințe intense și persistente în legătură cu sexul masculin atribuit și are o dorință puternică de a fi fată sau, mai rar, insistă că „el este fată". Băieții au preocupări pentru activitățile tipic feminine, pentru cross-dresing sau pentru simularea gătelilor feminine sau au dorința intensă de a participa la jocurile și distracțiile fetelor și rejectarea jucăriilor, jocurilor și activităților tipice băieților, își repudiază persistent structurile anatomice masculine (repudiere evidențiată prin declarații repetate de tip *când va crește, va deveni o femeie* (nu numai în rol), *penisul și testicolele sale sunt dezgustatoare sau vor dispare, ar fi mai bine dacă nu ar avea penis sau testicole.*

TRANSSEXUALISMUL PRIMAR

Tulburarea se manifestă din primii ani de viață și rămâne constantă pe tot parcursul vieții. TSX feminin este reprezentat de femei care, deși normale din punct de vedere anatomic, prezintă încă din copilărie un comportament masculin și nu relatează episoade de feminitate, nu își

neagă aspectul anatomic dar doresc să-şi schimbe sexul. Tipul primar masculin este reprezentat de un bărbat normal din punct de vedere anatomic şi care recunoaşte această normalitate anatomică, dar se consideră în sinea lui femeie şi face orice efort pentru a determina corpul să se conformeze identităţii sale. În forma nucleară, pură, TSX nu sunt homosexuali şi afişează repulsie pentru actul homosexual (adică cu persoane de sex opus celui biologic pe care îl au). În practică sunt posibile forme de trecere mai frecvente cu cât este vorba de o forma marginală. Se consideră că tulburarea de identitate psihosexuală a copiilor şi adolescenţilor poate evolua fie către TSX autentic al adultului, fie către homosexualitate. Preferinţele pentru sexul opus celui biologic încep să se manifeste încă din copilărie, de la vârsta de 3-4 ani. Primele conflicte familiale sau sociale apar în jurul vârstei de 6-8 ani la băieţi şi în ultima parte a copilăriei la fete. Pacientul îşi însuşeşte de la vârste fragede rolul, conduitele, stilul şi manierele sexului opus (vestimentaţie, mimică, postură, gestică). Ei adoptă preocupările sexului opus, interesele şi habitudinile caracteristice acestuia.

Transsexualismul primar masculin

În copilărie băieţii prezintă o preocupare marcată pentru activităţi tradiţional feminine, pentru jocurile şi distracţiile fetelor. Le place să se joace „de-a casa" interpretând roluri de mamă sau soţie, preferă să se joace cu păpuşile. Partenerii de joacă preferaţi sunt fetele, ei evitând jocurile cu învălmăşeală şi sporturile competitive. Sunt puţin interesaţi de autoturisme sau alte jucării tipic băieţeşti. Îşi creează modele din personajele feminine pe care le văd la televizor şi se visează prinţese. Pot insista să se aşeze pentru a urina şi pretind că nu au penis presându-l între picioare. Uneori afirmă că atunci când vor creşte mari vor fi „femeie". Pacienţii adulţi se îmbracă în haine femeieşti, se fardează, îşi vopsesc părul, îşi îndepărtează părul de pe faţă şi corp prin electroliză, se depilează, împrumută inflexiunile vocii feminine, adoptă un comportament matern faţă de copii. Detestă violenţa, sporturile şi ocupaţiile specific bărbăteşti. Caută munci prestate de obicei de femei şi le face plăcere să pregătească de mâncare, să coase. Prezintă maniere şi pattern-uri de vorbire feminine. Impulsiunea sexuală este de obicei scăzută. Activitatea sexuală a acestor indivizi cu parteneri de acelaşi sex este marcată de preferinţa ca partenerii lor să nu le vadă niciodată organele genitale şi nici să nu le atingă. Frecvent se poate întâlni autoginefilia (excitaţia

sexuală asociată cu gânduri şi imagini despre sine ca femeie) sau masturbarea în timp ce se imaginează antrenaţi în activităţi tipic feminine. Nu există un tip caracteristic de personalitate dar unii sunt egocentrici, revendicativi, pretenţioşi şi adesea caută să atragă atenţia. Sunt motive care explică dificultatea lor de a fi trataţi. Mulţi sunt îngrijoraţi de situaţia lor. Depresia este frecventă, unii încearcă să se sinucidă. O treime se căsătoresc şi aproximativ 50% divorţează. Diagnosticul este uşor de făcut. Bărbatul este cel mai feminin dintre toţi bărbaţii, dar este normal anatomic. Aşa a fost dintotdeauna fără să fi avut vreun episod (ore, luni, ani) în care să fi trăit rolul tipic al unui bărbat (legături heterosexuale, căsătorie, profesii bărbăteşti, armată). A fost feminin de la primul comportament ce poate fi considerat sexual (între 1 şi 2 ani). Aceşti pacienţi cer ajutorul medicului pentru schimbarea aspectului sânilor şi organelor genitale externe. La început sunt solicitaţi estrogenii pentru creşterea sânilor. Apoi vor fi cerute operaţii de protezare mamară, castrare, îndepărtarea penisului şi crearea unui vagin artificial. Toate aceste cerinţe sunt persuasive şi uneori însoţite de ameninţări de automutilare sau suicid. Au fost cazuri când unii pacienţi şi-au autoadministrat hormoni, au încercat să se castreze singuri sau să-şi facă penectomie, susţinând apoi că vătămarea a fost accidentală.

Transsexualismul primar feminin

În copilărie, fetele cu TIS preferă îmbrăcămintea băieţească şi prezintă reacţii negative intense la dorinţele sau încercările părinţilor de a le face să poarte rochiţe, putând refuza să meargă la şcoală sau la evenimente sociale unde se cere o asfel de vestimentaţie. Fetiţa refuză să se comporte ca atare şi îşi desemnează un nume de băiat. Eroii preferaţi sunt personajele masculine puternice (Batman, Superman) iar partenerii de joc doriţi sunt băieţii. Sunt puţin interesate de păpuşi sau de activităţi de joc în care să deţină rolul de femeie şi preferă jocurile tradiţionale băieţeşti. În adolescenţă se dă drept băiat, chiar îşi poate găsi o parteneră cu care locuieşte. Femeile TSX seamănă cu bărbaţii TSX având încă din copilărie convingerea că „ocupă" corpul sexului opus. Multe femei care par TSX sunt în realitate homosexuale. Unele încearcă să-şi schimbe corpul prin mastectomii. Apoi solicită histerectomie iar un procent redus apelează la chirurgia plastică pentru a-şi crea un penis artificial. Ele se îmbracă în haine bărbăteşti, îşi îngroaşă vocea, utilizează gesturile şi comportamentul social,

ocupațiile și hobby-urile bărbaților. Nu doresc relații sexuale cu o lesbiană, ci având rolul de bărbat cu o femeie heterosexuală. TSX primar reprezintă forma extremă a TIS. Părinții TSX primar sunt în general: mama dominatoare cu o componentă bisexuală a personalității, tatăl pasiv, retras.

TRANSSEXUALISMUL SECUNDAR

În contrast cu forma primară, cea secundară se caracterizează prin faptul că este o achiziție tardivă, subiecții relatând episoade cu o durată de până la câțiva ani.

Transsexualismul secundar masculin apare mai târziu în copilărie, pacienții relatând despre perioade destul de lungi (ani) în care au putut funcționa ca bărbați (au fost căsătoriți, au prestat munci specific masculine, au obținut satisfacții cu propriile organe genitale externe – homosexual, heterosexual sau prin practicarea de perversiuni cum ar fi fetișismul sau transvestitismul). Pentru unii bărbați la care tulburarea se manifestă mai târziu în viață (adesea după căsătorie) activitatea sexuală cu o femeie e dominată fie de fantezia că ar fi amante lesbiene, fie că partenera sa este bărbat iar el este femeie.

Transsexualismul secundar feminin

Transsexualele secundare sunt femei normale din punct de vedere anatomic, masculinizarea lor apărând după perioade în care ele și-au manifestat feminitatea.

La adolescenții de ambe sexe diagnosticul poate fi mai dificil de stabilit datorită atitudinii prudente a subiectului care poate fi crescută dacă adolescentul se simte ambivalent în legătură cu identificarea cu sexul opus sau când simte că realitatea lui este inacceptabilă pentru familie. Elementele clinice prezente la adolescenți pot aminti fie de cele ale copiilor, fie de cele ale adulților, în funcție de nivelul de dezvoltare al individului. Tranșarea diagnosticului la copii și adolescenți necesită o monitorizare de mai lungă durată a cazului.

Perturbarea cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare și se manifestă diferențiat de-a lungul vieții.

DETRESA

Copiii mici manifestă detresă printr-o nefericire fățișă în legătură cu sexul atribuit lor iar preocuparea pentru dorințele sexului opus interferează adesea cu activități comune. Copiii mai mari sunt incapabili de a dezvolta relații și deprinderi corespunzătoare vârstei cu egalii de același sex ceea ce duce la izolare și detresă. Unii pot refuza să urmeze școala datorită ironiilor colegilor sau a constrângerii de a purta o îmbrăcăminte corespunzatoare sexului atribuit lor.

Adolescenții și adulții manifestă detresă prin faptul că activitățile uzuale sunt parazitate de preocupările pentru dorințele sexului opus. Deasemenea, funcționarea la școală sau la serviciu poate fi deteriorată iar dificultățile relaționale sunt frecvente. Ostracizarea din partea societății este mai redusă pentru femeile cu TIS acestea putând suferi mai puțin din cauza rejecției egalilor cel puțin până la adolescență. La copiii băieți comportamentul caracteristic sexului opus este mai stigmatizat. Eșantioanele clinice de copii arată că baieții sunt trimiși la medic pentru evaluare mai frecvent decât fetele. În stabilirea diagnosticului, pentru indivizii maturi sexual, pot fi menționați următorii specificanți pe baza orientării sexuale a individului: atras sexual de bărbați; atras sexual de femei; atras sexual de ambele sexe; neatras de nici un sex.

De regulă, cei la care tulburarea apare din copilărie sau în adolescența precoce, sunt atrași sexual de bărbați. Bărbații care sunt atrași sexual de femei, atrași sexual de ambele sexe sau neatrași de nici un sex își raportează debutul tulburării în perioada adultă precoce sau de mijloc. Indivizii neatrași sexual de nici un sex sunt adesea izolați cu trăsături schizoide. Femeile TSX, în marea majoritate sunt atrase sexual de femei, deși există un procent infim de femei atrase sexual de bărbați.

TULBURĂRI ASOCIATE

La copii întâlnim anxietate de separare, anxietate generalizată, simptome depresive. La adolescenți există risc de depresie crescut, ideație suicidară, tentative de suicid. La adulți sunt prezente simptome anxioase și depresive, prostituție cu risc crescut de infecție HIV și

toxicomanii. Tulburările de personalitate asociate sunt mai frecvente la bărbați decât la femei.

Analiză comparată a prevederilor legislative pe plan mondial în materia TIS

1. Jurisprudența forurilor juridice europene

Consiliul Europei s-a preocupat de problemele legislative privind TSX prin două dintre organismele sale oficiale:

- Adunarea Parlamentară
- Comitetul de Miniştri
- La acestea se adaugă preocupările Comisiei şi Curții Europene a Drepturilor Omului. Recomandarea 1117 (1989) privind condiția transsexualilor a fost prezentată de Comisia Europeană către Adunarea Parlamentară. Recomandarea face referire la rezoluția adoptată de Parlamentul European în 1989 în privința discriminării ale cărui victime sunt transsexualii. Această rezoluție recomandă Consiliului Europei să adopte o convenție pentru recunoaşterea şi protecția transsexualilor. De asemenea, Comitetul de Miniştri a examinat problema transsexualilor împreună cu unul din organele sale subsidiare, Comitetul de Experți în Dreptul Familiei.

2. Austria: Ordinul ministerial din 1996 a stabilit că în momentul actual nu se justifică o legislație specială în TSX întrucât cercetările ştiințifice şi normele legislative sunt foarte divergente în diferite țări şi în plus numărul persoanelor afectate de TSX nu justifică acest demers. În Austria, sexul nu este o noțiune definită juridic.

3. Belgia: În absența unei legislații proprii, jurisprudența belgiană continuă să fie foarte diversă (decizii favorabile dar şi nefavorabile ale Tribunalelor şi Curților de Apel privind schimbarea mențiunii sexului în actele de naştere). Condiția cerută pentru recunoaşterea schimbării sexului este existența unei contradicții între sexul civil şi cel dobândit evidențiată prin expertiză medicală şi psihologică în care să se stabilească faptul că operația s-a datorat dificultăților psihologice pentru care tratamentul medical şi chirurgical este cel indicat.

4. Cehia: Există legea nr. 20/1996 privind sănătatea populației din Republica Cehă care spune că „intervențiile medicale relative la capacitatea de reproducere a unui individ, la castrare, la operații de sterilizare şi la orice tratament pentru TSX nu se pot face dacât la

cererea persoanei cărora trebuie să li se adreseze şi după aprobarea de către o comisie special instituită prin lege şi care cuprinde cel puţin doi medici specializaţi în ramura medicală respectivă şi doi doctori în medicină care nu participă la intervenţia medicală". Înainte de a depune cererea, persoana interesată trebuie să fie informată pe fond de medici şi să-i fie atrasă atenţia asupra riscurilor şi consecinţelor eventualelor complicaţii posibile ale intervenţiei.

5. Danemarca: Nu beneficiază de o lege specifică. În trecut se aplica prin analogie Legea din 11.06.1935 care priveşte „castrarea voluntară". Conform acestei legi „se admite castrarea voluntară individului ale cărui instincte sexuale anormale riscă să-l împingă la crimă, la decompensare psihică sau la suferinţe morale". Condiţii: persoana trebuie să aibă cel puţin 21 de ani, impulsul sexual trebuie să cauzeze suferinţe psihologice considerabile sau să fi determinat discriminări sociale. Persoanelor autorizate să se supună la o intervenţie chirurgicală în baza acestei legi le este recunoscut dreptul de a-şi schimba statutul civil. Schimbarea sexului civil este apanajul autorităţii

6. Franţa: În Franţa nu există o lege anume pentru TSX, actul de justiţie bazându-se pe jurisprudenţă. Între anii 1975-1992 nici o Curte franceză nu a dat vreo hotărâre favorabilă pentru schimbarea sexului nici în privinţa actului chirurgical şi nici în privinţa modificării stării civile. Singurele cazuri acceptate au fost cele de eroare în constatarea sexului la naştere care necesită în fapt doar rectificarea certificatului de naştere De-a lungul timpului, medicii francezi, confruntaţi cu solicitările de tratament din partea TSX, au făcut apel la justiţie pentru a soluţiona problema. Aceştia cereau în primul rând legiferarea actului chirurgical de schimbare a sexului pentru a nu mai putea fi acuzaţi ulterior de atingerea integrităţii corporale a pacientului. În al doilea rând medicii francezi solicitau ca munca lor să fie completată de acceptarea modificării sexului în actele de stare civilă pentru reintegrarea completă a pacientului în viaţa socială. Ambele revendicări au fost satisfăcute de-a lungul timpului prin hotărâri ale Curţii de Casaţie. Într-o hotărâre din 11.12.1991 aceasta dispune că dreptul la respectarea vieţii private justifică recunoaşterea noii identităţi sexuale unui TSX operat pe actul de naştere şi pe alte documente în care este menţionat sexul său. Pentru acceptarea SCS instanţele trebuie să deţină o examinare medicală care în Franţa

urmează regulile stricte ale Camerei Medicilor Francezi (French Medical Chamber) adică este efectuată de trei specialişti: endocrinolog, chirurg si neuropsihiatru. Perioada de examinare anterioara concluzionării asupra acceptării schimbării sexului durează cel puţin un an dar în mod frecvent mai mult. Actualmente, în Franţa sunt stabilite următoarele **condiţii de recunoaştere juridică a TSX**:

• Condiţii de fond:

– TSX trebuie dovedit medical, acest fapt neputând rezulta decât dintr-o expertiză medico-judiciară psihiatrică efectuată în echipă interdisciplinară care să pună un diagnostic de certitudine şi să facă un diagnostic diferenţial cu alte tulburări similare ale genului dar care nu justifică o schimbare de sex;

– TSX trebuie să aibă aparenţa fizică a sexului pe care îl revendică;

– TSX trebuie să aibă comportamentul social concordant cu sexul revendicat;

– nu există o statuare a limitelor de vârsta din punct de vedere legal (medical există o contraindicaţie absolută de intervenţie chirurgicală pentru pacienţi sub 21 ani şi o contraindicaţie relativă între 21 şi 24 ani);

– justiţia nu poate primi o cerere de modificare a sexului civil pentru TSX decât după realizarea intervenţiei chirurgicale de conversie sexuală (faptul că subiectul acceptă să se supună la mai multe intervenţii succesive şi laborioase probează în concepţia legiuitorului francez determinarea TSX).

• Condiţii de procedură:

– o condiţie pozitivă: cererea să fie depusă la Tribunalul de Înaltă Instanţă-secţia drept comun (un echivalent al Înalţii Curţi de Casaţie şi Justiţie) fiind o acţiune de stare civilă (action d'etat) care se judecă în camere reunite;

– o condiţie negativă: să nu fie vorba de rectificarea unei erori de constatare a sexului la naştere (aceasta făcând obiectul unor alte reguli procedurale);

– un procuror trebuie să participe la şedinţa de judecată.

Consecinţele recunoaşterii juridice a TSX:

• privind viaţa anterioară

Dacă TSX a fost căsătorit anterior, fie se consideră căsătoria nulă, fie se pronunţă desfacerea căsătoriei prin divorţ. Neexistând

prevederi legale în acest sens totul se decide de către judecător. Dacă TSX are copii dinaintea schimbării sexului acest fapt nu influențează judecarea cauzei.

• privind statutul TSX în viața cotidiană

TSX își poate schimba prenumele într-unul concordant cu sexul revendicat (nu doar să-și aleagă un prenume neutru); pe certificatul de naștere se face mențiunea că a fost schimbat sexul dar pe restul documentelor nu apare decât sexul actual – toate documentele administrative vor fi schimbate în consecință

• privind viața ulterioară: dreptul de a se căsători.

Recunoașterea noii identități nu are efect retroactiv.

Din deciziile Curților franceze se pot identifica următoarele criterii cerute pentru un răspuns pozitiv:

• solicitantul să nu fie căsătorit (pot face solicitarea și persoanele căsătorite dar cu condiția disoluției acesteia întrucât legea franceză nu acceptă căsătoria între persoane de același sex);

• copilul născut dintr-o căsătorie în care unul dintre soți este TSX nu reprezintă un obstacol, statutul său legal rămânând același atâta timp cât schimbarea de sex are numai efecte ex-nunc (doctrina se pronunță pentru reglementarea separației autorității parentale);

• să aibă convingerea intimă că aparține sexului opus;

• să existe un diagnostic foarte sigur de TSX;

• tratamentul de redeterminare sexuală să fie atestat de un raport al unui expert sau de mărturii.

TEORII ETIOPATOGENICE ÎN TULBURĂRILE DE IDENTITATE SEXUALĂ

Etiologia și mecanismele de producere ale acestei afecțiuni nu sunt încă pe deplin elucidate, lipsind studiile de amploare pe eșantioane reprezentative. Există o multitudine de teorii, unele bazate pe cercetări științifice riguroase, altele hazardate, insuficient fundamentate. Cauzele TSX reprezintă probabil cea mai controversată și obscură problemă a temei tratate. Au fost incriminate trei mari surse, posibil implicate în etiologia TSX: genetice, endocrine și psihologice.

1. Teorii genetice

Relativ recent s-a constatat că CRS Y, care probabil provine dintr-un CRS X modificat, și-a pierdut majoritatea genelor, reținând

doar mecanismul de determinare a sexului, adica gena Ah H-Y. Acest antigen, normal prezent la bărbați și negativ la femei, necesită pentru a se exprima și o gena structurală (situată pe un CRS autosom) precum și o genă represoare a genei Ag H-Y linkată de CRS X. Aceasta din urma reglează sinteza de receptori proteici pentru steroizii androgeni. (CRS = cromozom sexual). Eicher (1981) a găsit că 60 din 71 de transsexuali studiați au avut Ag H-Y discordant cu sexul lor biologic. În câteva cazuri rare cu sindrom Klinefelter s-au citat simptome de transsexualism, defectul genetic fiind cel cunoscut (47XXY). Alte studii nu găsesc nici o anormalitate cromozomială la pacienții transsexuali. S-a emis și o ipoteză conform căreia ar exista o genă în cromozomii sexuali care ar guverna identificarea și sentimentul de feminitate sau masculinitate. Această genă este intim legată de CRS Y la bărbați și de unul sau ambii CRS X la femeie. Dacă legătura este ruptă, atunci gena identificării sexuale, care în mod obișnuit este intim atașată de gena diferențierii isosexuale, poate fi transpozată și atașată de gena diferențierii heterosexuale (teoria „iso-equal").

2. Teorii endocrine

Studii aprofundate pe această linie ne oferă rezultate diferite. Unii autori constată ca statusul hormonal al TSX este perfect normal (Jones J.R. 1972) în timp ce alții comunică unele cazuri cu modificări hormonale (câteva cazuri cu sindrom hiperandrogenic-Sendrail 1961, Stoller 1964; cu tumora hiperestrogenică-Routier 1970; cu eunucoidism-Burger – Prinz 1966). S-a sugerat că TSX ar putea fi consecința unei anomalii hormonale în timpul dezvoltării intrauterine în sensul că o expunere prenatală a foetusului la hormonii sexului opus ar determina diferențieri anormale la nivelul creierului și mai ales la nivelul hipotalamusului cauzând TSX. Studiile efectuate pe maimuțe au arătat că atunci când acestea primesc doze mari de androgeni în timpul sarcinii, fetițele lor se comportă mai mult ca sexul opus în timpul jocului (Young și col., 1964). Experiențele făcute pe animale arată că, dacă după naștere i se administrează unui șobolan mascul un antagonist al hormonilor androgeni, atunci el va dezvolta un comportament sexual tipic feminin, iar dacă unui șobolan femelă i se administrează androgeni ea va dezvolta un comportament masculin. Aceste experimente atestă existența unei modelări biologice a tipului de comportament sub influența centrilor hipotalamici. Ehrhardt și colab. fac o paralelă între fetele cu sindrom adrenogenital

(expuse la androgeni pre şi postnatal) care au un comportament mai bărbătesc dar constată că acestea nu devin obligatoriu transsexuale la maturitate. Studii efectuate de un grup de cercetători din Oregon demonstrează că hormonii gonadali au un rol important în determinarea comportamentului sexual prin mecanismele complexe prin care acţionează în organizarea ţesuturilor sistemului nervos central. Cercetări recente pe creier au arătat ca lobotomia frontală care întrerupe legăturile între scoarţa cerebrală şi structurile mai profunde şi mai primitive (sistemul limbic) determină un comportament sexual bizar şi dezinhibat. S-au facut şi studii cu electrozi implantaţi în anumite zone din creier obţinându-se răspunsuri diferite în funcţie de poziţia lor. Gorski, citat de Pettiti, susţine că o mică porţiune din creier, din hipotalamus, este feminină. Dacă nu este secretat testosteron în timpul perioadei de dezvoltare pentru a organiza această porţiune de creier pe linia masculină, atunci ea ramâne pentru totdeauna feminină. S-au mai incriminat în etiologie unele anomalii enzimatice citogenetice la nivelul receptorilor hormonilor sexuali.

3. Teorii psihologice

Psihanaliştii invocă rolul părinţilor prin dorinţa acestora de a avea un copil de sex opus celui născut, educarea şi înveşmântarea lui în sens contrar sexului real. Robert Stoller, adept al explicaţiei psihanalitice a TSX, apreciază că mama, de obicei posesivă, divorţată sau separată de soţ, legată puternic de copilul ei (ca într-un „compex al cordonului ombilical") creează şi încurajează de obicei TSX băiat un model de rol feminin. În cazul fetelor, specialiştii consideră că socializarea în rolul de băiat este încurajată de ambii părinţi. Profilul psihologic al mamei unei TSX femeie ar fi: depresivă, agresivă, excesiv masculină, iar tatăl este frecvent alcoolic. O investigaţie pe un lot de 17 TSX bărbaţi (Hyde J.S.) a arătat că părinţii lor le-au tratat inadecvat identitatea sexuală producându-le dezorientare din perioada primei copilării până la pubertate. Un studiu întreprins de Prince şi Bentler (1972) arată că peste 80 % din TSX studiaţi au fost crescuţi în mod normal, ca băieţi. Benjamin (1966) cercetează 122 TSX bărbaţi şi constată că în 56 % din cazuri nu a existat nici o influenţă exercitată de părinţi în sensul încurajării conduitelor feminine. Decourt şi Guinet consideră TSX ca pe o perversiune mintală aproape pură. Unii neurologi (Walinder) incriminează tulburări de tipul epilepsiei,

schizofreniei. Literatura americană dă acestor cauze o importanță majoră în raport cu cele menționate anterior. Astfel, ei lansează teoria „*imprinting*-ului", considerat ca o formă de învățare din copilăria timpurie, perioadă critică de dezvoltare, aproximativ cuprinsă între opt luni și doi ani și jumătate. Această teorie se bazează pe experimentele originale făcute de zoologul austriac K.Z. Lorent. S-a sugerat că o educație normală în privința rolului sexual poate fi relevantă, dar nu există dovezi convingătoare că TSX au fost educați într-un rol sexual greșit. La o minoritate interesantă de pacienți TSX a început după mulți ani de transvestitism. Aceștia au început prin a-și schimba hainele pentru a obține excitație sexuală, dar excitația a scăzut progresiv. Concomitent, pacienții au început să aibă convingerea că sunt femei. Unii specialiști apreciază că nuditatea părinților poate avea un rol, deoarece determină o apreciere greșită a identității de sex, astfel că TIS ar putea fi generat în concepția acestor cercetători și de exhibiționism (Lowney J., Winslow R.W.).

4. Nici una dintre teoriile enunțate nu acoperă pe deplin multitudinea de întrebări cu privire la etiologia maladiei. Au existat și adepți ai teoriilor multifactoriale incluzând mai multe cauze care interferă.

INVESTIGAȚII CLINICE ȘI PARACLINICE

1. Investigații somatice

a) Se vor lua în considerare: aspectul fizic în general, înălțime și greutate, statusul fizic general al organismului, statusul neurologic, unele măsurători ale corpului (diametrele bazinului: bitrohanterian, bispinos, bicrest, antero-posterior, biiliac, diametrul biacromial, lungimea radiusului și tibiei) și diferite rapoarte dintre acestea care trebuie comparate cu valori din tabele.

b) Aprecierea antropologică a morfotipului ținând cont de faptul că pentru fiecare sex există particularități de dezvoltare scheletică și ale raportului între diferiți parametri (morfogramele propuse de Decourt și Doumic pentru fiecare sex, în care, pe un grafic se înscriu pe orizontala parametrii pentru sexul feminin, pe același grafic fiind înscrisi și parametri pentru sexul masculin și invers). Graficul subiectului studiat, transpus pe ambele morfograme permite a se

aprecia elementele prin care se abate sau cu care se apropie de sexul masculin ori feminin.

2. Condiții medicale generale asociate:

Mărire a sânilor:

La bărbații TSX consecutiv prizelor de hormoni, epilare temporară sau permanentă prin electroliză, rinoplastie, reducerea chirurgicală a cartilajului tiroid (mărul lui Adam), sâni deformați și iritați la femeile care poartă benzi compresive la acest nivel, complicații postchirurgicale, la cei care deja au suferit intervenția chirurgicală;

La femeile TSX – cicatrici ale peretelui anterior al toracelui post mastectomii de reducție iar la bărbații TSX-stricturi vaginale, fistule rectovaginale, stenoze uretrale, jet urinar rău orientat.

3. Investigații andrologice sau ginecologice

a) La bărbați se vor investiga: aspectul și dimensiunile organelor genitale externe, mărimea și consistența prostatei și a testiculelor (eventual folosind orhitometrul Prader care determină volumul testicolului ce se va raporta la vârsta subiectului și va permite aprecierea gradul său de dezvoltare), cantitatea și tipul de inserție a pilozității pubiene, corporale și faciale, aspectul sânilor.

b) La femei se va evalua statusul ginecologic de către un medic ginecolog, mărimea și consistența sânilor, tipul de inserție și cantitatea pilozității pubiene și corporale. S-a constatat că femeile adulte cu TIS pot avea, cu o probabilitate mai mare decât cea așteptată, ovare polichistice.

c) La ambele sexe se va analiza și timbrul vocii în cadrul studierii caracterelor sexuale secundare.

4. Investigații genetice

Se vor face examinări ale cariotipului și cromatinei sexuale. Stabilirea formulei cromozomiale și aprecierea morfologiei cromozomilor prin cariotip (culturi de leucocite din sângele periferic) poate descoperi anomalii numerice sau morfologice dar un rezultat negativ nu exclude posibilitatea anomaliei la nivelul altui țesut, a gonadei sau o anomalie genică.

Testul Barr constă în depistarea corpuscului cromatinian în nucleii celulelor epiteliului bucal (raclaj din mucoasa bucală prelucrat după metoda descrisă de Klinger și Ludwig). Testul pozitiv (6%) la un individ cu fenotip masculin sau negativ (3-4 %) la un subiect cu

fenotip feminin demască o anomalie gonosomială.Testul nu anulează această posibilitate în cazul în care el este normal. În majoritatea studiilor efectuate nu s-au găsit discrepanțe între pattern-ul cromatinei sexuale şi fenotip, bărbații având cromatina negativă iar femeile având cromatina pozitivă. Cariotipul a fost în majoritatea studiilor normal (46XY la bărbați şi 46XX la femei).

5. Investigații endocrinologice

Sunt vizate cele patru mari surse de hormoni implicați in funcția sexuală: hipotalamusul, hipofiza, corticosuprarenala şi gonadele.

• Hormonii hipotalamici: GnRH=LHRH (gonadotropin realeasing hormone=gonadoliberina), FSH (hormon foliculo-stimulant); LH (hormon luteinizant)

– La femei: FSH (valori normale-faza foliculară1-9 U/l, vârf ovulator 12-30 U/l, faza luteală 1-9U/l) LH(valori normale-faza foliculară1-12 U/l, vârf ovulator 25-100U/l, faza luteală 1-12U/l);

– La bărbați: FSH (valori normale-5-20 U/l), LH (valori normale-5-20 U/l), GUT (gonadotropii urinari totali) (valori normale-10– 20 U şoarece-activitate biologică.

• Hormoni corticosuprarenalieni (androgenii şi metaboliții urinari cu aplicație clinică):

– DHEA (dihidroepiandrosteron) (valori normale – 0,2-20 micrograme/l), DHEAS (dihidroepiandrosteron sulfatat); A (androstendion) E (etiocolanolon);

– 17OHCS urinari (17 hidroxicetosteroizii urinari) (valori normale 2-10mg/zi sau 4mg/1g creatinina urinară/24h);

– 17CS urinari (femei=4-15mg/zi; bărbați=7-25mg/zi), 17a-hidroxiprogesteron (femei 0,3-4,2 micrograme/l; bărbați 0,5-2,5 micrograme/l.

• Hormoni gonadici: Estrogeni plasmatici (femei: bazal 20-60 pg/ml sau 70-220 pmol/l; vârf ovulator >200pg/ml sau >740pmol/l; bărbați:<50pg/ml sau <180pmol/l), Progesteron plasmatic (femei: faza luteală10-20ng/ml sau 30-64nmol/l; faza foliculară <2ng/ml sau <6 nmol/l), CPG (complexul pregnandiol) 4-6mg/24h, în ziua 21 a ciclului menstrual, Testosteron plasmatic (femei <1ng/ml sau <3,5nmol/l; bărbați 3-10ng/ml sau 10-35nmol/l prepubertar 0,05-0,2ng/ml sau 0,2-0,7 nmol/l). La bărbați se va face la nevoie spermograma şi uneori biopsie testiculară.

6. Schema anamnestică

Cine şi de ce trimite.

Date despre aparţinători (informant), anamneza familială (părinţi, fraţi, poziţie socială, afecţiuni mintale în familie), date personale (primele faze ale dezvoltării, starea sănătaţii în copilărie, probleme psihice în copilărie, şcolarizare, ocupaţii, serviciul militar, istoricul menstruaţiei, activitatea sexuală, copii), starea socială actuală,probleme medicale anterioare (afecţiuni, operaţii, accidente), afecţiuni psihice anterioare personalitatea premorbida (relaţii, folosirea timpului liber, dispoziţie predominantă, caracter, atitudini şi norme, obiceiuri), note asupra istoricului, afecţiunea actuală (simptome, durată, mod de debut etc.).

7. Examen clinic psihiatric

8. Examen psihologic

9. Ancheta socială

Diagnosticul diferenţial se face cu intersexualism, transvetitism, homosexualitate.

ABORDARE TERAPEUTICĂ

Abordarea terapeutică a unui pacient diagnosticat cu TSX se face în trei etape: psihiatrică, hormonală şi chirurgicală.

1. Abordarea terapeutică chirurgicală se referă la faptul că, după stabilirea diagnosticului urmează o terapie triadică incluzând: *real life experience* (*real life test*; testul vieţii trăite; TVT) în rolul dorit, hormonoterapia şi psihoterapie.

2. Specialiştii pentru adulţii cu TIS trebuie să aibă o pregatire specială în domeniul ştiinţelor clinice ale comportamentului uman. Specialistul în sănătate mentală trebuie să deţină documente de acreditare de la o comisie de licenţiere şi de la traininguri în domeniul TIS:

- Traininguri de specialitate şi competenţe în evaluarea tulburărilor sexuale conform DSM IV/ICD 10 (nu numai în TIS);
- Traininguri de specialitate şi competenţe în psihoterapie.

Specialiştii pentru copii şi adolescenţii cu TIS instruiţi în psihopatologia copilului şi adolescentului trebuie să aibă competenţă

în diagnosticarea şi tratarea problemelor psihice obişnuite ale copiilor şi adolescenţilor.

3. Specialistul în sănătate mintală în relaţie cu medicii (endocrinolog şi chirurg) este medicul, psihiatrul care recomandă tratamentul hormonal şi chirurgical, care împarte responsabilitatea legală şi etică pentru această decizie cu medicul care întreprinde tratamentul.

Tratamentele hormonale pot fi însoţite de anxietate şi depresie la unii pacienţi dacă nu se utilizează medicaţie psihotropă (de folosit înainte sau concomitent cu tratamentul hormonal sau chirurgical). Comorbidităţile psihiatrice pun dificile probleme de tratament.

4. Scrisoarea de documentare pentru hormonoterapie sau chirurgie emisă de psihiatru

În scrisoare trebuie să se specifice succint: datele de identificare generală ale pacientului, genul şi sexul iniţial şi cel dorit, alte diagnostice psihiatrice, durata relaţiei profesionale cu pacientul incluzând tipul de psihoterapie şi evaluările la care pacientul a fost supus, criteriile de eligibilitate pe care le întruneşte şi raţionamentul de argumentare al psihiatrului pentru hormonoterapie şi chirurgie, gradul în care pacientul a urmat SOC până în prezent şi probabilitatea privind complianţa în viitor.

Dacă autorul raportului face parte dintr-o echipă de specialişti în TIS, se dă acceptul ca autorul să primească un telefon pentru verificări privind autenticitatea. Exista o diferenţă între „eligibilitatea" şi starea de „a fi pregătit" pentru începerea tratamentului hormonal sau chirurgical.

Un exemplu de eligibilitate este: *persoana trebuie să fi trăit tot timpul în genul preferat 12 luni înainte de chirurgia genitală. Pentru a îndeplini acest criteriu, specialistul are nevoie de documentarea testului vieţii trăite pe această durată. Criteriile de pregătire sunt: consolidarea pe termen lung a noii identitaţi de gen sau îmbunătăţirea sănătăţii mentale în noul gen – sunt mult mai complicat de evaluat şi rămân la latitudinea judecăţii clinicianului şi a pacientului.*

4. Psihoterapia

Psihoterapia oferă o informaţie competentă despre opţiunile care anterior nu erau serios luate în considerare de către pacient, pune accent pe nevoia pacientului de a-şi stabili scopuri de viaţă realiste în privinţa muncii şi relaţiilor sociale, încearcă să definească şi

să atenueze conflictele pacientului care pot submina un stil de viață stabil.

Scopurile psihoterapiei sunt de a ajuta persoana să traiască mai confortabil cu identitatea sa de gen, de a nu avea probleme externe cu chestiunile implicate de TIS, de a facilita capacitatea de muncă şi de a stabili sau de a menține relații suportive.

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ ÎN TIS

Expertiza medico-legală psihiatrică în transsexualism se efectuează în etape.

1. Prima etapă este etapa stabilirii diagnosticului şi a capacității psihice.

Principii de lucru:

• Diagnosticul este stabilit cu internare obligatorie în insititutul de specialitate enocrinologic şi psihiatric pentru observație clinică prelungită şi investigații complexe;

• Ancheta socială şi investigațiile psihologice sunt obligatorii;

• Instituțiile sanitare vizate sunt obligate de a îndeplini în totalitate solicitările comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică;

• Dacă se infirmă diagnosticul de transsexualism sau se constată incapacitatea psihică se comunică obligatoriu instanței;

• Dacă se confirmă diagnosticul de transsexualism se recomandă tratament psihoterapeutic şi psihiatric adecvat;

• Bolnavul va reveni la aceeaşi comisie cu documentația medicală şi protocolul psihologic şi psihiatric;

• Recomandările necesare pentru realizarea probei trăite;

• În caz că sunt îndeplinite condițiile expuse, comisia de expertiză medico-legală psihiatrică verifică demersul medical şi documentația aferentă şi decide în consecință.

2. Etapa a doua este reprezentată de evaluarea medicală de justificare a schimbării sexului. Se impune o analiză riguroasă a cazului, aviz chirurgical iar decizia se comunică instanței. În cazul tulburărilor de tip transsexual secundar, tratamentele hormonale anterioare se vor decide de la caz la caz, în beneficiul bolnavului. Pe întreaga perioadă de expertizare comisia va discuta cu pacientul în baza consimțământului informat.

Instrucţiunile de aplicare ale principiilor metodologice expuse au fost concepute la I.N.M.L. şi reprezintă instrumentul de lucru al comisie. Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică are obligaţia etică şi de deontologie medicală de a proceda, în urma evaluării medicale de justificare a schimbării sexului la o selecţie riguroasă a cazurilor recomandate pentru tratament chirurgical. Parametrii de apreciere a deontologiei medicale în cazurile de transsexualitate vizează evitarea oricărui abuz şi a nerespectării metodologiei de tratament şi/ sau de expertiză.

În prezent, prin interpretarea legii se efectuează expertize medico-legale psihiatrice.

Se solicită „constatarea sexului" şi „constatarea capacităţii psihice" (conform normelor procedurale medico-legale).

Credem că informaţiile teoretice şi metodologice expuse au fost necesare şi sunt suficiente în înţelegerea acestei probleme sensibile din psihiatria medico-legală.

PREZENTĂRI DE CAZ

Caz 1. B. 20 ani

I. Aspecte juridice

Solicită schimbarea anatomică şi juridică a sexului din masculin în feminin prin acţiune judecatorească .

Obiectivele instanţei: *„În conformitate cu diagnosticul «Transsexualism» stabilit în sarcina petentului să precizaţi în actul de expetizare, absoluta necesitate a efectuării unei intervenţii chirurgicale pentru definitivarea sexului feminin. Având în vedere elementele de ordin morfologic şi psihic să stabiliţi dacă se justifică necesitatea intervenţiei chirurgicale pe baza căreia judecătoria (...) să pronunţe o hotarâre de încuviinţare a schimbării sexului".*

NOTĂ: *Se observă ca judecatoriei i-a fost prezentat deja un diagnostic, stabilit de un medic psihiatru (conform documentaţiei medicale), pe care instanţa l-a acceptat cu uşurinţă, fără a solicita confirmarea sau infirmarea sa. Deasemenea, nu se precizează ce tip de expertiză se solicită, folosindu-se sintagma „actul de expertizare". Nu se cere aprecierea capacităţii psihice a subiectului, obiectiv esenţial într-o expertiză referitoare la o TIS.*

Notă: subiectului i s-a practicat o intervenție chirurgicală de schimbare a sexului, motiv pentru care prezentarea cazului se va face ținând cont de momentele anterioare și ulterioare operației.

II. Statusul socio-familial

1.Mediul familial

1.1. Anterior operației de schimbare de sex – Nu își cunoaște părinții (decedați ?). Până la vârsta de 16 ani a fost crescută la orfelinat. Ulterior a locuit cu chirie la o familie formată din 5 persoane de etnie rromă într-o casă de 4 camere.

1.2. Ulterior operației de schimbare de sex – A existat o perioadă când a solicitat „găzduire" spitalului de psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia" București din considerente sociale, fiind fără domiciliu și prevalându-se de diagnosticul psihiatric.

2. Cursa școlară și profesională. A urmat 8 clase la școala ajutătoare. A lucrat 2 ani ca îngrijitor într-un motel. A beneficiat de ajutor social . Este încadrat în gradul II (doi) de invaliditate pe baza diagnosticului psihiatric de „transsexualism" având pensie aferentă (?).

NOTĂ : Este discutabil faptul ca TSX a fost luat în considerație în acordarea unui grad de invaliditate, situație pe care o considerăm anacronică și neconformă cu realitatea. Această abordare ar putea fi speculată în mod injust de către solicitanții schimbării de sex, opinia noastră fiind aceea ca TSX, chiar confirmat, nu îndeplinește criteriile necesare pentru a conferi subiectului vreun grad de invaliditate.

3. Relații interpersonale cu familia de origine – nu au existat fiind crescută la orfelinat.

4. Sistem relațional extrafamilial

4.1. Anterior operației de schimbare de sex – inadaptare socială cu tendința de a pune această situație pe seama sexului său somatic inadecvat afirmând: „când o să fiu fată o să pot să-mi iau servici pentru că altfel toți se uită la mine și zic că sunt hermafrodit sau homosexual".

4.2. Ulterior operației de schimbare de sex – se menține inadaptarea in societate, cu un sistem relational extrem de redus, cu tendinta la izolare din partea societății. Afirmă că ar fi avut o perioadă în care a stat cu un prieten dar nu a fost mulțumită de această relație. Întrebată cum se simte dupa operație, subiectul are poziții diferite în timp. Inițial spune „Mă simt bine la suflet dar numai că am înca probleme... dacă îmi pune sâni ar fi pentru mine cea mai mare plăcere. Doar cu vaginul meu trebuie să rezolv, să mă duc la alt doctor să mi-l

facă mai mare. Până atunci plâng şi mă frământ, nu am ce face"; „mă ţine o verişoară a mătuşii mele, dar numai din milă", „acum stau în spital în Sebeş dar nimeni nu se mai ocupă de mine, aşa cum a fost la Bucureşti". Întrebată dacă a reuşit să-şi facă prieteni răspunde că „Nu, pentru că mă interesează în primul rănd să-mi schimb sânii. Altfel nu mă pot simţi bine".

***NOTĂ :** Această evoluţie pune problema ineficienţei intervenţiei chirurgicale în ameliorarea condiţiei sociale a subiectului.*

III. Examinări clinice şi paraclinice

1.Examen somatic

1.1. Anterior operaţiei de schimbare de sex – Examenul clinic pe aparate şi sisteme în limite normale.

1.2. Ulterior operaţiei de schimbare de sex – Vulvită a bontului. Disurie.

***NOTĂ:** Se remarcă apariţia complicaţiilor postoperatorii, situaţie frecvent întâlnită în aceste cazuri şi care ridică problema consimţământului informat, a asumării riscului şi a evaluării între beneficiu şi risc.*

2. Examen endocrinologic

2.1. Anterior operaţiei de schimbare de sex-examen clinic superficial efectuat în cursul unei internări în secţia de psihiatrie, rezumându-se doar la urmatoarea frază „Organe genitale externe masculine. Sexualizare pubertară masculină. Sexualizare neurocomportamentală feminină. Se recomandă schimbarea legală a sexului".

***NOTĂ:** Deficienţe (măcar scriptice): lipsa examenelor de laborator pentru dozarea hormonilor şi stabilirea statusului endocrin, absolut necesar în vederea diagnosticului pozitiv şi diferenţial de transsexualism„; medicul endocrinolog a recomandat schimbarea juridică a sexului depăşindu-şi astfel competenţele, cu atât mai mult cu cât examinarea sa de specialitate este neconvingătoare ; nu rezultă din documentaţie că pacienta ar fi fost supusă unui tratament hormonal anterior intervenţiei chirurgicale fiind astfel omisă o etapă terapeutică importantă.*

2.2. Ulterior operaţiei de schimbare de sex-face tratament hormonal de substituţie cu estrogeni injectabil (1/lună) şi tablete (1tb/2 zile).

3. Examen genetic-nu s-a efectuat, aceasta fiind o altă lacună importantă de diagnostic.

4. Examen ginecologic

4.1. Anterior operației de schimbare de sex-În afara aspectului exterior efeminat (îngrijirea părului, sprâncenelor, buzelor, mâinilor), medicul ginecolog, care face examinarea în cursul unei internări la psihiatrie, constată o dezvoltare normală din punct de vedere anatomic a sexului masculin, cu pilozitate axilară, pe membrele superioare și inferioare, pubiană. Organe genitale externe de sex masculin normal dezvolate.

4.2. Ulterior rior operației de schimbare de sex-La 1 an postoperator se constată organe genitale externe de sex feminin, clinic normale. La 2 ani postoperator începe să facă multiple infecții în zona genitală (vulvite).

***5. Examen antropologic medico-legal-efectuat** la 6 ani dupa intervenția chirurgicală: talie=165 cm; greutate=76 kg. Diametrul bitrohanterian-33cm, diametrul bicrest-28cm, diametrul bispinos-25cm, diametrul antero-posterior-23cm. Diametrul biacromial-41 cm; Lungimea radiusului-25,5 cm; Lungimea tibiei-40 cm. Aspect exterior frapant, nefiresc, respingător. Ținută neângrijită, unisex. Igienă precară. Părul vopsit blond, încrețit artificial „permanent", sprâncene pensate. Machiaj exagerat, neadecvat momentului zilei. Caractere sexuale secundare prezente. Vocea de tonalitate joasă, masculină. Proteze mamare cu discrete cicatrici vizibile în șanțurile submamare. Pilozitate facială și pe membrele inferioare discretă (se observă urme de radere cu lama). Pilozitate pubiană și axilară prezente. Cicatrici postchirurgicale: xifoombilicală și subombilicală (dupa intervenția chirurgicală de schimbare de sex). Examenul genital arată organe genitale de sex feminin cu inflamație locala (tegumentele vulvare roșietice, afirmativ dureroase spontan și la palpare).*

Descrierea făcută dorește sugerează faptul ca rezultatul intervenției medico-chirurgicale este departe de a fi cel dorit.

***La o examinare ulterioară,** făcută la circa 2 ani de la precedenta se constată la nivelul feței, în zona obrajilor, cicatrici extinse, cafenii, cheloide, postarsură caustică, care prejudiciază marcant aspectul estetic. Subiectul relateaza că, nemaisuportând faptul că în ciuda tratamentului hormonal continuă să-i crească barba, și-a aplicat*

pe tegumente o substanța caustică, în speranța că astfel va scăpa definitiv de pilozitatea facială.

6. Antecedente psihiatrice

6.1. Diagnostice anterioare expertizei medico-legale:

– Debilitate mintală cu stare de agitație psihomotorie. Transsexualism – 18 ani

– Transsexualism. Retardare mintală ușoară – 18 ani

– Agitație psihomotorie. Transsexualism. Retard mental ușor – 19 ani

– Transsexualism. Tentativă de automutilare (2 internări în interval de 3 săptămâni) – 19 ani

6.2. Diagnostice prin internare cu ocazia expertizei medico-legale

– Transsexualism. Retard mental ușor– 20 ani

6.3. Diagnostice ulterioare expertizei medico-legale

– Transsexualism. Întarziere severă în dezvoltarea mintală – 22 ani

– Transsexualism. Întârziere în dezvoltarea mintală. Decompensare depresiv anxioasă – 23 ani

– Depresie anxioasă trenanta. Transsexualism. Întarziere în dezvoltarea mintală – 24 ani

– Transsexualism – 25 ani

7. Examen psihic

7.1. Anterior operației de schimbare de sex – Ținută vestimentară de tip feminin, machiaj, coafură, gesturi feminine. Contact psihic relativ dificil. Exprimare verbală simplă, rudimentară Orientat temporo-spațial auto și allo psihic. Hipomnezie de fixare, ritm ideativ accelerat cu conținut sărac. Capacitate de abstractizare și generalizare redusă. Iritabilitate, demonstrativitate. Neliniște psiho-motorie. Nu rezultă din documentație că pacientul ar fi urmat tratament psihoterapeutic anterior intervenției chirurgicale.

7.2. Ulterior operației de schimbare de sex – a avut mai multe internări în clinica de psihiatrie (aproape anual). Ținută vestimentară feminină, fardat, coafat. Pseudohalucinații „un bărbos mare, nu-mi place, gândul meu vorbește cu o mamă ca un tată, îmi vorbește gândul că trebuie să-mi operez bărbia". Ulterior, la alte internări, nu se consemnează productivitate în sfera perceptivă. Hipoprosexie. Hipomnezie de fixare și evocare. Dezorientată în timp. Orientată pațtial în spațiu. Flux ideativ variabil, coerent, incapacitate de calcul mental. Anxietate difuză. Comportament demonstrativ. Neliniște psiho-motorie.

Insomnie de trezire. Inapetență. Idei de inutilitate și devalorizare. Intelect liminar.

8. Examen psihologic-*Performanțe intelectuale situate la limita superioară a debilității mintale Q.I.=67 la proba Raven.. Conduită puerilă cu manifestări de negativism infantil în situații de eșec. Eficiența mnezică generală se plasează în limitele valorilor de referință. Capacitatea de concentrare și mobilitatea prosexică este important diminuată în condițiile stimulilor monotoni, repetitivi. Eficiența operațional–logică a gândirii se plasează la nivel submediu notându-se scăderea severă a capacității de generalizare –abstractizare în plan verbal. Gândire la stadiul operațiilor concrete. Tehnicile proiective și de profunzime evidențiază nevoia de feminitate care compenseaza mecanismele de exprimare și descărcare a agresivității (se notează acumularea inconștientă a afectelor-furie, nevoie de răzbunare). Intoleranță. Tensiune interioară. La nivelul personalității se evidențiază elemente narcisiste și tendințe demonstrative. Personalitate accentuată cu structură dizarmonică. Imaturitate afectiv cognitivă.*

9. Examen electroecefalografic *– nu s-a efectuat, fapt contestabil în ceea ce privește acuratețea diagnosticului.*

IV. Aspecte specifice de evoluție a tulburării de identitate sexuală

1. Momentul debutului simptomatologiei *– afirmă că „de la vârsta de 5– 6 ani doream să fiu fetiță și mă îmbrăcam ca o fată".*

2. Momentul apariției preocupărilor privind schimbarea de sex*-18 ani*

3. Risc de automutilare și suicidar

3.1. Anterior operației de schimbare de sex – Au existat două internări în clinica de psihiatrie pentru „tentativă de automutilare". Comisiile medico-legale (prima expertiză la LML Alba și a doua expertiză la IML București) au considerat că este posibilă o evoluție spre exacerbarea fenomenelor de tipul tentativelor de automutilare și a obsesiei suicidului.

3.2. Ulterior operației de schimbare de sex – Riscul de automutilare s-a menținut și postoperator, subiectul chiar acționând în acest sens (vezi cicatricile postarsură chimică de la nivelul bărbii, descrise mai sus).

4. Cunoașterea consecințelor bio-psiho-socio-juridice ale intervenției chirurgicale*–nu cunoaște în ce constă operația de*

schimbare de sex şi nici complicaţiile posibile, având o percepţie rudimentară argumentată de afirmaţia „vreau să fiu fată, să-mi taie penisul şi să-mi facă gaură". Deasemenea, având în vedere gradul de instrucţie scăzut, lipsa educaţiei din familie şi retardul mental se poate prezuma că nu cunoaşte nici consecinţele social juridice ce pot decurge din schimbarea anatomica şi juridică a sexului.

V. Aspecte privind viaţa sexuală

***1. Anterior operaţiei de schimbare de sex** – Afirmă un abuz sexual la vârsta de 6 ani. Repulsie pentru practicile homosexuale. Neagă existenţa relaţiilor sexuale de orice fel.*

***2. Ulterior operaţiei de schimbare de sex** – Descrie tentative eşuate de act sexual cu doi bărbaţi datorită disconfortului provocat la intromisie. Apreciază că „mi s-a greşit operaţia"; „mi-au făcut un vagin prea scurt".*

Nu a avut o viaţă sexuală post operator din cauza faptului că vaginul creat artificial a fost practic nefuncţional iar pe de altă parte, în ciuda aşteptărilor proprii, subiectul a fost rejetat de societate.

VI. Concluziile expertizelor medico-legale

Prima expertiză medico-legală stabileşte dg. „transsexualism, tentativă de automutilare". Se apreciază că are diminuată capacitatea psihică de apreciere a consecinţelor sociale şi morale ce decurg din schimbarea sexului biologic şi civil şi că, în pofida acestui discernământ scăzut, datorită rezistenţei la orice măsuri terapeutice şi educaţionale şi ca atare a riscului crescut de automutilare şi suicidar, se impune schimbarea sexului somatic.

Ce-a de-a doua expertiză medico-legală (Bucureşti) a stabilit că pacientul prezintă, pe fondul unui retard mental uşor, grefat în psihismul lui, tulburări de identitate sexuală cu contestarea sexului somatic şi exacerbarea sentimentului apartenenţei la celălalt sex. Existând riscul agravării tulburărilor comportamentale cu consecinţe imprevizibile şi grave (automutilare, suicid) comisia opiniază pentru corectarea chirurgicală a sexului.

De remarcat o deficienţă majoră în sensul că această expertiză nu a fost una psihiatrică ci o expertiză facută de 3 medici legişti, fără participarea vreunui psihiatru şi fără rigorile impuse de metodologia expertizelor medico-legale psihiatrice.

VII. Intervenția chirurgicală

A fost efectuată când pacientul avea vârsta de 20 ani. Protocolul operator arată urmatoarele „se practică o incizie arcuată la nivelul rafeului perineal la cca. 3 cm de anus și se secționează muscultura perineală pentru crearea tractului genital feminin în spațiul interrecto-uretro-prostato-vezical de cca.10 cm lungime și 4 cm diametru. Se incizează longitudinal, pe linia mediană scrotul, se disecă și se practică orhiectomie bilaterală cu ligatura cordoanelor spermatice și a canalelor deferente la nivelul orificiului inghinal extern. Sub banda hemostatică aplicata la baza penisului se practică, dupa sondaj vezical, o incizie periglandulară, cu decolarea circulară a tegumentului penian până la rădăcina penisului, cu conservarea circumferențială a tegumentului. Sub lupă, se practică disecția microchirurgicală a pediculilor vasculo-nervoși (drept și stâng) dorsali ai penisului, uretra peniană până la ieșirea din perineu, disecția retrogradă a corpilor cavernoși de la nivelul glandului până la simfiza pubiană urmată de secționarea lor la nivelul inserției pubiene. Se procedeaza ulterior la sutura în fund de sac, în două straturi, a tegumentului penisului urmată de înfundarea în deget de mănușă în spațiul interrecto-uretro-prostato-vezical conservându-se sonda vezicală. Anterior orificiului de inserție a uretrei peniene se procedează la modelarea unui neoclitoris din glandul pediculat, axat pe pediculii dorsali ai penisului, exteriorizat printr-o incizie de 2 cm în tegumentul reflectat de la baza penisului, ce este modelat pentru reconstrucția labiilor mici, reprezentate de doua falduri tegumentare laterale. Labiile mari se modelează din tegumentele scrotale. Pe tot parcursul intervenției se efectuează o hemostază minuțioasă. În final se introduce un tutore intravaginal care va fi menținut 14 zile postoperator. La 4 luni postoperator s-a procedat la o reintervenție de remodelare reducționala a labiilor mari. La 12 luni se practică mamoplastie de augmentare, cu instalarea de proteze mamare bilateral cu ser fiziologic 180 cm ^{3}. După 3 ani este internată în clinica de psihiatrie din .... și pe percursul acestei internări este transferată în clinica chirurgicală a Spitalului .... când este operată pentru a 8-a oară (corectarea vaginului, rezecarea unei parți a intestinului și cura chirurgicală a unei hernii).

Comentariile ulterioare ale specialiștilor chirurgi în privința operației sunt critice, considerându-se o nereușită întrucât neovaginul nu a fost bine plasat, ci a fost localizat foarte sus, fiind de asemenea

realizat foarte în adancime şi oblic. De asemenea labiile mari au fost lăsate foarte mari. Drept urmare subiectul nu a putut suporta nici un contact sexual deşi a încercat acest lucru cu doi bărbaţi, care i-au propus în cele din urmă să întreţină raporturi sexuale anale. Se poate lua în consideraţie varianta că la astfel de operaţii să participe un medic specialist în chirurgie generală, şi unul ginecolog. În plus ar fi necesar ca tot medicul care a efectuat operaţia de schimbare de sex să o retuşeze ulterior.

VIII. Consideraţii critice:

1. În acest caz nu s-au respectat etapele diagnosticului pozitiv şi diferenţial şi prin urmare s-a acceptat o intervenţie chirurgicală fără un diagnostic bine susţinut.

2. Deasemenea, capacitatea psihică şi discernământul scăzut, constatate cu ocazia primei expertize (subiectul fiind oligofren), ar fi trebuit să atragă atenţia celei de-a doua comisii (care dealtfel nu face nici o referire la acest aspect nefiind o comisie de expertize medico-legale psihiatrice) în sensul unei observaţii mai aprofundate, iar în cazul confirmării celor constatate anterior să nu îşi dea avizul pentru operaţie. Condiţia ca subiectul să aibă capacitate deplină de apreciere critică asupra conţinutului şi consecinţelor faptelor şi actelor sale este esenţială în aceste cazuri, stabilirea acestui fapt fiind etapa preliminară, pentru ca apoi să se ia în discuţie oportunitatea intervenţiei chirurgicale.

CAZ Nr. 2.: B.D.F.;F; 26 ani

I. Aspecte juridice

Solicită schimbarea anatomică şi juridică a sexului ***din feminin în masculin*** *prin acţiune judecătorească pe rol la nivelul judecătoriei.*

Obiectivele instanţei: *„constatarea transsexualităţii şi dacă este necesară efectuarea unei operaţii de schimbare de sex". Deşi nu se ating toate problemele la care ar trebui să raspundă o expertiză medico-legală într-o TIS, totuşi, în acest caz, remarcăm (spre deosebire de obiectivele propuse de instanţă în cazul precedent), faptul că se cere o confirmare a diagnosticului şi o opinie în privinţa oportunităţii operaţiei. Nu se cere stabilirea capacităţii psihice a subiectului, fapt contestabil.*

II. Statusul socio-familial

1. Mediul familial – Familie constituită legal. Tatăl a mai fost căsătorit. Mama are o fată căsătorită din afara şi anterior căsătoriei actuale (sora cea mare-31 ani), care nu locuieşte cu familia. Din căsătoria actuală au rezultat doua fete: subiectul analizat şi o soră mai mică (20 ani). Este a doua dintr-o fratrie de trei surori. Nivelul socio-cultural şi economic al familiei de origine este submediu (tatăl-muncitor; mama-fostă şomeră, actualmente femeie de serviciu). Locuieşte cu parinţii şi cu sora mai mică, la bloc (2 camere).

2. Cursa şcolară şi profesională – A absolvit liceul cu examen de bacalaureat (nivel de instruire 2) având calificarea tâmplar. După absolvirea liceului a lucrat ca muncitor necalificat (salahor în construcţii) şi ca desenator tehnic (nivel de instruire 3). La momentul primei expertizării era tâmplar (grupa majoră 7 de ocupaţii) având o vechime de 5 ani în muncă. Ulterior a lucrat la o tipografie având colegi doar de sex masculin, aceştia necunoscând sexul biologic al pacientei. Cu banii câştigaţi se întreţine şi se instruieşte în alte domenii de care este pasionat: a luat lecţii de canto timp de un an; se pregateşte în vederea admiterii la facultatea de geografie dorind să devină profesor

NOTĂ : Schimbarea locului de muncă şi neconcordanţa dintre dntre nivelul instrucţiei şi ocupaţie nu pot fi apreciate ca reflectând instabilitate psihică. Acest aspect poate fi rezultatul a doua tipuri de condiţii:1.exogene-posibilităţile reale actuale socio-economice şi culturale caracteristice unei societăţi în tranziţie de a asigura un loc de muncă; nivelul familiei; complianţa societăţii 2.endogene-derivate din însăşi TIS care determină neacceptarea locurilor de muncă cu specific feminin.

3. Relaţiile interpersonale cu familia de origine-defavorabile. Mama – relaţie neadecvată nu numai pe modelul mamă-fiica ci şi pe modelul mamă-copil (se înscrie singură la liceu, mama neştiind circumstanţele-vom exemplifica mai jos). Mama îi reproşează că de mic copil a vrut să fie băiat şi că este „adept al Satanei". Face diferenţe afective între fiice favorizând-o pe cea din afara căsătoriei. <u>Rudele</u> mamei o consideră nebună şi o rejetează. <u>Tatăl</u> alcoolic, cu antecedente psihiatrice (tulburare de personalitate, internări pentru dezalcoolizare), nu este preocupat de problema fiicei sale deşi o cunoaşte.

4. Sistem relaţional extrafamilial – De copil s-a jucat cu băieţii. A preferat jocurile masculine deşi a avut posibilitatea să aleagă între

grupul de fete sau cel de băieți. S-a înscris singură la liceu falsificând actele de stare civilă în sensul modificării rubricii „sex" din feminin în masculin. În liceu a purtat vestimentație masculină și a fost considerată băiat de colegi și de profesori până în clasa a XI-a când diriginta află întâmplător de la mamă că de fapt este vorba de o persoană de sex feminin

În acest context conflictual părăsește domiciliul dar este tenace și termină liceul după rectificarea situației înregistrării școlare în sensul sexului real indicat în actele de stare civilă. Grupul de prieteni este format din băieți. A locuit la un prieten timp de 3 luni. Se consideră cu acesta „ca frații". Face parte dintr-o orchestră formată din 8 băieți cu care cântă muzică clasică, muzică religioasă și jazz. Cânta instrumental, la pian și vocal. A fost în turnee prin țară cu această orchestră. A învățat să cânte la pian singură pentru a fi de ajutor în cadrul orchestrei. De remarcat că nici unul dintre membrii orchestrei nu cunoaste faptul ca este fată, crezând că aparține sexului masculin. Prezentăm câteva imagini cu preocupările artistice ale subiectului.

III. Examinări clinice și paraclinice

1. Examen somatic : în limite normale

2. Examen endocrinologic: Fenotip feminin. Pilozitate ușoară facială. Organe genitale externe și interne-de tip feminin. Menarha-14 ani. Menstre-lunare. Flux menstrual–hipomenoree. Dozări hormonale–rezultate în conformitate cu sexul feminin-LH=4,58 mlu/ml, FSH=6,71 mlu/ml, E2= 69,71 pg/ml, T=0,32 ng/ml. Tratament hormonal – afirmativ, nu ar fi urmat un astfel de tratament.

3. Examen genetic: Fenotip –feminin. Cariotip-46XX . Testul Barr–pozitiv.

4. Examen ginecologic– nu s-a efecuat

5. Examen antropologic medico-legal– Aspect somatic general de tip feminin Talie-162 cm; Greutate-68,9 kg. Diametrele bazinului: bitrohanterian-33 cm; bispinos-25 cm; antero-posterior-17 cm; bicrest-23 cm., cu centura pelviană mai dezvoltată față de cea scapulară, cu dispoziția țesutului adipos de tip ginoid (depozite adipoase abundente la nivelul coapselor, șoldurilor și feselor, cu aspect celulitic). Diametrul biacromial-35 cm; Lungimea radiusului-23,1 cm; Lungimea tibiei-37 cm. <u>Examinarea caracterelor sexuale secundare</u>: <u>Voce</u> – de tonalitate medie, cu inflexiuni neutre, nespecifică pentru un anumit sex. <u>Pilozitate</u> corporală redusă, prezentă în cantitate redusă la nivelul fețelor antero-

interne ale gambelor, bilateral; pilozitate genitală-cu inserție de tip feminin, (triunghi cu baza în sus și vârful în jos), abundentă, de culoare castaniu închis; pilozitate axilară prezentă, în cantitate medie; pilozitate facială absentă. Sânii de dimensiuni medii, consistență fermă, ușor renitentă, cu areole mamare cafenii, centrate de mameloane de culoare cafeniu închis.Aspect și conformație normală pentru sexul feminin. Se remarcă purtarea unei benzi textile care comprimă sânii pentru a nu fi evidenți prin vestimentație.

Examen genital – Organe genitale externe normal conformate pentru sexul feminin, cu pilozitate abundentă. La tracțiunea moderată a labiilor se constată himenul inelar, roz, cărnos, lat de 0,4 cm cu marginea liberă netedă, fără rupturi vechi sau recente. Orificiul himenial este de 1,5 cm la tracțiunea moderată a labiilor. Este virgină. Examenul regiunii anale: regiune anală normal conformată. Orificiul anal având sfincterul continent, cu tonus păstrat. Mucoasa anală de culoare roz violacee, cu pliuri radiare, fără leziuni vechi sau recente.

6.Antecedente psihiatrice

6.1.Diagnostice stabilite anterior expertizei medico-legale

– Tulburare de personalitate anxios-evitantă. Tulburare de identitate sexuală-internare la 24 ani

6.2. Diagnostice stabilite prin internare cu ocazia expertizei medico-legale

– Tulburare de identitate sexuală. Transsexualism. F64.0-internare la 26 ani

7. Examen psihic – Atitudine și ținută de tip masculin. Intelectul la nivelul prezumat. Contact psihoverbal stabilit cu ușurință. Orientare temporo-spațială, auto și allo psihică prezentă. Fără tulburări prosexice, mnezice, perceptive. Flux și ritm ideativ normal, coerent. Idei prevalente în legatură cu apartenența la sexul opus asociate cu preocupări persistente de a fi recunoscut și a trăi ca membru al genului masculin. Sentimente de inadecvare în rolul genului feminin. Repulsie față de propriile organe genitale și față de sexul somatic. Își afirmă convingerea că a fost născut cu un sex eronat și că „simte ca un bărbat" iar cu excepția părinților toți cunoscuții săi îl consideră bărbat. Structura personalității de tip armonic cu accentuarea trăsăturilor comportamentale tipic masculine.

8. Examen psihologic-Nivel intelectual-eficiența generală cognitivă de nivel mediu-inferior (QI=95). Examenul personalității-profilele pulsionale au relevat discordanța între sexul psihologic asumat

(masculin) şi sexul somatic (feminin) (proba Szondi). Personalitatea premorbidă investigată prin chestionarul Woodworth relevă valori semnificative pentru tendinţele la emotivitate, tendinţe obsesivo-fobice, psihastenice şi depresive (comprehensibile prin neadecvare). Orientare sexuală spre acelaşi sex somatic, cu refuzarea homosexualităţii de către instanţele psihice supreme. Pulsiunile canalizate pentru realizarea idealului „eu-lui" de tip masculin.

9. Examen electroecefalografic-fără elemente patologice

IV. Aspecte specifice de evoluţie a tulburării de identitate sexuală

1. Momentul debutului simptomatologiei-Din afirmaţiile mamei rezultă că de la vârsta de 3 ani a vrut să fie considerat băiat de către cei din jur. Propriile afirmaţii arată că din copilărie simţea o nefericire privind sexul feminin atribuit exprimată prin crize de furie.

2. Momentul apariţiei preocupărilor privind schimbarea de sex-De la vârsta de 23 ani (cu 3 ani anterior expertizării medico-legale).

3. Risc suicidar-Tentativă de sinucidere la vârsta de 24 ani pentru care a necesitat prima internare în pshiatrie.

4. Cunoaşterea consecinţelor bio-psiho-socio-juridice ale intervenţei chirurgicale-Cunoaşte aceste consecinţe din literatura de specialitate şi din informaţiile primite de la diverşi medici.

V. Aspecte privind viaţa sexuală

Nu are experienţă sexuală motivând prin sentimentul de jenă şi disconfort în ipoteza că partenera ar descoperi că şi ea este de sex feminin. Orientare sexuală spre sexul feminin excluzînd ab iniţio o eventuală relaţie sexuală cu un bărbat. Nu exercită un rol activ, de cucerire, preferînd să nu abordeze fetele, deşi i s-au propus relaţii, acestea neştiind sexul ei real.

VI. Concluzii clinice

Transsexualism primar, cu comportament tipic masculin, cu adoptarea unui sistem existenţial, inclusiv relaţional de tip masculin, în grupuri masculine, la care este perfect adaptată, proba vieţii trăite fiind efectuată cu claritate anterior expertizării medico-legale.

Remarcăm că preocupările şi demersurile legale de schimbare antomică şi juridică a sexului au demarat după cristalizarea structurii personalităţii. Atitudine pozitivă faţă de muncă cu abordare eficientă a meseriilor cu specific masculin. Cursa existenţială trasată cu planuri de viitor.

VII. Diagnostic

1.Pozitiv-tulburare de identitate sexuală a adultului-atras sexual de femei. Codificat: 302.85(DSM IV) F64.0(ICD) Criterii DSM îndeplinite

2.Diferențial

Se exclud :

– condițiile intersexuale somatice (teste endocrinologice, genetice, EEG în limite normale pentru sexul feminin)

– nonconformarea la comportamentul stereotip al rolului sexului (repulsie față de homosexualitate, întinderea în timp și pervazivitatea dorințelor, preocupărilor și activităților caracteristice sexului opus)

– fetișismul transvestic (lipsa excitației sexuale la îmbrăcarea hainelor sexului masculin)

– tulburările psihice cu simptomatologie de tip TIS (examen psihic și psihologic fără modificări patologice notabile)

– tulburările de personalitate (falsificarea actelor pentru înscrierea la liceu ca băiat, neimplicarea în acte infracționale, atitudine pozitivă față de muncă cu planuri de viitor, capacitatea de a-și alege grupuri sociale concordante cu structura propriei personalități)

3. Multiaxial

Axa I –tulburare de identitate sexuală de tip transsexual (F64.0)

Axa II-, Axa III-, Axe – V = probleme de suport primar;.fără antecedente penale; proces civil pentru schimbarea anatomică și juridică a sexului;.nivel sociocultural al familiei submediu

VIII. Concluziile expertizei medico-legale

„Numita B.D. este suferindă de o afecțiune psihică, transsexualism. Are păstrată capacitatea psihică de apreciere critică asupra consecințelor complexe, biologice (inclusiv complicații postoperatorii), psihologice și sociale ce pot decurge din intervenția chirurgicală pe care o solicită (discernământul păstrat). Are capacitatea de a decide informat asupra propriilor interese, de a se manifesta cu liberă voință și de a-și susține argumentat propriile acțiuni." Se confirmă diagnosticul de „transsexualism"; Se lasă la latitudinea subiectului decizia privind propriile acțiuni, nenominalizând expres aceste acțiuni (dar înțelegând de fapt trecerea la tratamentul hormonal și cel chirurgical). Acest mod de concluzionare exonerează comisia de răspunderea unei indicații concrete de tratament medico-chirurgical dar totodată nu interzice acest tratament, oferind subiectului posibilitatea de a decide singur, informat asupra căii de urmat.

Considerații critice prin abordarea ontologică a cazului

Nivelul biologic este tipic pentru transsexualism, fiind în limite normale şi în discordanță cu statusul psihologic. Latura socială este marcată de impactul negativ al structurii biologice versus cea psihologică asupra familiei de origine care reacționează negativ prin respingere şi comportament neadecvat. Această atitudine, cumulată cu nivelul socio-economic şi cultural scăzut facilitează un nivel de instrucție scăzut şi un nivel de funcționare concordant cu instrucția. În aceste condiții, personalitatea se structurează totuşi armonic în sensul că se îndepărtează de conflictualitatea familiei, organizându-şi o viață socială concordantă cu sexul dorit şi având aspirații de a-şi depăşi nivelul de instrucție şi de funcționare existent. Viața sexuală este marcată de atracția pentru persoane de sex feminin şi reprezintă o puternică motivație de solicitare a schimbării sexului anatomic.

Deşi nu s-au păstrat paşii obligatorii de expertizare s-a apreciat că pacienta are capacitatea psihică de manifestare cu liberă voină, înțelege conținutul şi consecințele social – juridice ce pot decurge din propriile decizii. În ceea ce priveşte tratamentul psihoterapeutic s-a luat în considerare faptul că de la vârsta de 18 ani, în mediul în care evoluează, este cunoscută ca bărbat (tăind toate legăturile cu cei cei care o cunoscuseră ca fată) şi că a avut o cursă existențială ca bărbat. Acest aspect exclude posibilitatea schimbării atitudinii prin programe de psihoterapie. În acelaşi timp, s-a manifestat ca hipermotivată, cu tenacitate, cu încredere în reuşita demersurilor sale, fără a avea tulburări afective. În ceea ce priveşte proba vieții trăite, comisia nu putea cere mai mult decât deja se efectuase.

TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATICĂ LA ADULT

Dan Prelipceanu

TULBURAREA ACUTĂ DE STRES (TAS)

În confruntarea cu un eveniment stresant copleşitor care depăşeşte capacitatea de adaptare, individul poate reacţiona cu o stare disociativă tranzitorie. TAS poate precede instalarea Tulburării de Stres Post-Traumatice (TSPT). La un lot de subiecţi expuşi stresului prezenţa acestei reacţii a prezis în proporţie de 83 % instalarea TSPT în intervalul considerat standard, de 6 luni, în care această tulburare apare ulterior psiho-traumei.

Epidemiologie

TAS este puţin cunoscută. Studiile existente sunt imperfecte pentru că au evaluat loturile cercetate la distanţe de luni/ ani după evenimentul traumatizant.

S-a găsit TAS la 9% dintre rezidenţii din Manhattan după atacul terorist de la 11 Septembrie 2001, 24% la supravieţuitorii unui atac terorist în Israel, 94% la victimele violurilor, 13-25% la supravieţuitori ai unor accidente de circulaţie.

Etiopatogenie

TAS este determinată de o combinaţie de factori care includ vulnerabilitate genetică, personalitate premorbidă dizarmonică, lipsa suportului social concomitentă acţiunii stresante, intensitatea stresului şi semnificaţia subiectivă a acestuia pentru individ.

Criteriile de diagnostic ale TAS (DSM-IV)

1. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic în care ambele condiţii expuse mai jos au fost prezente:

• persoana a avut experienţa, a fost martoră sau a fost confruntată cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea

sau lezarea gravă ori o amenințare la adresa integrității fizice proprii sau a altora.

• răspunsul persoanei a implicat frica intensă, neajutorare sau oroare.

2. În timpul sau după trăirea evenimentului traumatic, persoana prezintă trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome disociative:

• o senzație subiectivă de amorțeală, detașare sau absență a responsivității emoționale;

• diminuarea conștientizării mediului înconjurător (se simte „amețit");

• derealizare;

• depersonalizare;

• amnezie disociativă (de ex.: incapacitate de a-și aminti un aspect important al evenimentului traumatic).

3. Evenimentul traumatic este retrăit persistent în cel puțin unul din modurile următoare: imagini recurente, gânduri, visuri, iluzii, episoade de *flashback* sau senzația de retrăire a experienței respective sau suferință la expunerea la evenimente care amintesc de trauma suferită.

4. Evitarea persistentă a stimulilor care produc rememorări ale traumei (de ex.: gânduri, sentimente, conversații, activități, locuri, oameni)

5. Simptome marcate de anxietate sau excitabilitate crescută (de ex.: tulburări de somn, iritabilitate, dificultăți de concentrare, hipervigilență, răspunsuri de tresărire exagerate, neliniște motorie)

6. Tulburarea produce o suferință clinic semnificativă sau alterarea funcționării sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante de activitate, sau diminuează capacitatea individului de a duce la îndeplinire sarcini importante cum ar fi obținerea asistenței necesare sau mobilizarea resurselor personale prin relatarea evenimentului traumatic membrilor familiei.

G. Tulburarea persistă minimum 2 zile și maximum 4 săptămâni și apare în intervalul de 4 săptămâni de la producerea evenimentului traumatic.

H. Tulburarea nu se datorează efectelor directe, fiziologice ale vreunei substanțe (de ex.: abuz de drog, de medicație) sau unei afecțiuni medicale generale, nu poate fi explicată mai bine de o

tulburare psihotică scurtă şi nu este doar o exacerbare a unei tulburări preexistente de Axa I sau Axa II.

Dacă aceste simptome se prelungesc peste 1 lună, trebuie avut în vedere diagnosticul de TSPT.

Evoluție

Aproximativ 75% dintre pacienții diagnosticați cu TAS vor dezvolta TSPT, în special cei care au prezentat stări disociative (aşa cum a demonstrat un studiu de urmărire la 7 luni după TAS). Pe de altă parte, 50% din cei cu TSPT nu au întrunit anterior criterii pentru TAS. Există şi subiecți care prezintă stări disociative şi tulburări cognitive evidente (stări confuzionale reactive) care se vor remite spontan, în timp, după TAS.

TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATIC (TSPT)

Această tulburare nu mai este astăzi considerată un răspuns normal la o psiho-traumă intensă. Dimpotrivă, se consideră că traumatismul stresant nu este decât factorul declanşator (*trigger*) care inițiază un răspuns endogen, în cadrul unei vulnerabilități individuale crescute.

Criterii DSM IV

1. Amenințare fizică vitală la adresa integrității corporale cum ar fi:

• expunerea la o confruntare militară, atac violent asupra propriei persoane (inclusiv violul, tâlharia), violența domestică, accidente de automobil, abuz sexual/ fizic al copilului, neglijarea copilului, dezastre naturale, boala cu debut supraacut, catastrofe;

• asistarea la un eveniment psiho-traumatizant;

• relatarea unei astfel de psihotraume suportată de o altă persoană semnificativă din punct de vedere emoțional.

2. O caracteristică definitorie a evenimentului traumatizant constă în aceea că răspunsul individului presupune:

• frică intensă

• sentimentul de neputință sau oroare.

Datorită intensității sentimentelor asociate traumei, percepția acesteia poate fi distorsionată, astfel încât aceasta poate fi percepută ca fragmente de senzații, iar perceperea timpului poate fi alterată (încetinită/ accelerată).

Sentimentele pot fi disociate de evenimente şi de ordinea în care acestea s-au petrecut şi pot apărea diferite grade de amnezie pentru evenimentul psiho-traumatizant în totalitate sau parțial.

Criterii cu semnificație clinică majoră:

Marca TSPT este **reiterarea subiectivă** a simptomelor inițiale şi caracterul lor **intruziv.**

Memoria evenimentului stresant este de tip traumatic în sensul că reamintirile sunt vii, însoțite de cortegiul inițial de senzații corporale pe care pacientul nu le poate controla.

Coşmarurile sunt caracteristice, repetitive, atât de vii şi cvasi-reale, încât întrerup brutal somnul, astfel încât bolnavului ajunge să-i fie teamă să mai adoarmă pentru a evita reproducerea lor.

Halucinațiile şi *flash-back*-urile dau senzația pacientului că retrăieşte evenimentul stresant.

Hiperreactivitatea sistemului vegetativ însoțeşte tensiunea emoțională crescută în care trăieşte cotidian bolnavul (palpitații, presiune toracică, respirație precipitată, transpirațiile însoțesc de fiecare dată rememorarea psiho-traumei).

Dizabilitarea pacientului se produce prin comportamentul de evitare a oricăror situații care ar putea readuce trauma în prim-planul memoriei, până la amnezia traumei ca atare.

Starea de indiferență afectivă constă în detaşare față de realitate, de anturaj, de propriile motivații anterioare, atenuarea amplitudinii propriilor emoții, abandonarea activităților până atunci importante.

Iritabilitatea crescută apare pe fondul unei lipse constante a relaxării în fața oricăror stimuli (*hyperarousal*) şi se manifestă prin:

- dificultatea inducerii somnului;
- izbucniri de furie;
- dificultăți de concentrare;
- hipervigilitate;
- reacții exagerate la stimuli anodini.

Epidemiologie

TSP se întâlneşte la:

- La victimele unui atac fizic violent, într-un procent de 20 %;
- Victimele violului: procentul este de 50 % în diferite studii.

După un accident de circulație – 10-30 %; participanții mai prezintă

simptomele reacţiei de stres posttraumatic timp de 6-18 luni după accident.

• Probabilitatea de a dezvolta tulburarea este de 2 ori mai mare pentru femei faţă de bărbaţi.

Evoluţia identifică următoarele forme:

• **acută,** dacă simptomatologia nu durează mai mult de 3 luni;

• **cronică**, dacă depăşeste 3 luni;

• **cu debut tardiv**, dacă debutul are loc la cel puţin 6 luni de la impactul cu stresorul;

• **reziduală.**

Se mai menţionează o evoluţie **intermitentă**, când simptomele componente ale tabloului bolii survin în acest mod o perioadă nedeterminată de timp, după impactul cu stresorul.

Tulburarea se poate uneori reactiva, chiar la ani de zile după o aparentă remisiune.

Când impactul cu stresorul presupune violenţă interpersonală, riscul pentru evoluţia cronică este considerabil.

Circa 50 % dintre pacienţi se vindecă, iar la restul de 50 % evoluţia devine cronică, fiind prezentă şi la un an după debut.

Diagnosticul diferenţial al TSTP se face cu:

1. **Depresia majoră – prin** prezenţa în prim plan a depresiei însoţită de ideile de inutilitate, vinovăţie, pierderea/ creşterea în greutate. Cele două afecţiuni au în comun sentimentul de deznădejde, izolarea socială, tulburările de somn, detaşarea; TSPT se poate complica secundar cu depresia.

2. **Tulburarea bipolară** are în comun cu TSPT dispoziţia labilă, iritabilitatea, izbucnirile de furie (din faza maniacală), tulburările de somn. TSPT nu prezintă dispoziţia expansivă, euforică.

3. **Tulburările psihotice** trebuie diferenţiate atunci când, în cadrul tabloului simptomatologic al TSPT sunt prezente halucinaţiile, care au însă o evidentă relaţie cu conţinutul psiho-traumei şi nu sunt însoţite de tulburări formale ale gândirii sau idei delirante.

Alte tulburări din spectrul anxietăţii psihopatologice sunt:

4. **Tulburarea de panică** are multe elemente semiologice comune cu TSPT (de ex., hiperreactivitatea vegetativă simpatică). Se deosebeşte prin reiterarea crizei anxioase şi absenţa elementelor intruzive de memorie.

5. **Tulburarea obsesivo-compulsivă** se aseamană cu TSPT prin prezența comportamentelor de evitare, intruzivitate. Se deosebește prin celelalte elemente semiologice (compulsiile, absența psiho-traumei caracteristice din tulburarea de stres, predominanța obsesionalității ideative).

6. **Tulburări organice cu sindroame psihice** sunt: epilepsia temporală, leziuni posttraumatice cerebrale ce se pot asocia unui act violent, abuzul de substanțe psihoactive.

7. **Tulburările de tip disociativ.**

8. **Tulburările false** (factice).

9. **Simularea.**

Toate trebuie excluse prin evaluarea amănunțită, anamnestică și semiologică.

Evaluarea caracteristicilor psiho-traumei acuzate de (presupusul) pacient devine în acest context deosebit de importantă, dacă ținem cont de criteriile specificate de DSM – IV.

Implicații în expertiză

Obiectivul expertizei poate fi evaluarea unei legături cauzale între o traumă (viol, accident de circulație etc.) și o presupusă TSPT în prezent și existența unei disfuncții a victimei în vederea stabilirii mărimii prejudiciului cauzat acesteia. De aici decurge stabilirea vinovăției și răspunderii juridice (penale, civile) a agresorului. Devine astfel evidentă importanța unui **diagnostic convingător.**

Pentru un diagnostic convingător este necesară existența de simptome în 3 domenii, și anume:

• ***retrăirea intruzivă a traumei***: *FLASH-BACK* sau reamintiri dureroase, coșmaruri, apariția unor reacții vegetative sau psihologice disproporționate la stimuli legați de psihotraumă. Pentru diagnostic minimum un astfel simptom trebuie sa fie prezent.

• ***simptome de evitare a stimulilor/ a împrejurărilor legate de psihotraumă și constricție afectiv-emoțională***: eforturi de a evita gânduri sau activități care au legătură cu psihotrauma, capacitate redusă de reamintire a amănuntelor legate de traumă pînă la a sugera disociația, anhedonie, aplatizarea afectelor, sentimente de detașare și derealizare și sentimentul de lipsă a perspectivei viitorului. Minimum 3 simptome sunt necesare în aceasta categorie.

• ***simptome de reactivitate exagerată***: insomnie, iritabilitate, hipervigilență, răspuns exagerat de tresărire – *exaggerated startle*

response). De asemenea sunt necesare minim 3 simptome în această categorie.

În TSTP diagnosticul se pune doar dacă simptomele persistă cel puțin o lună (pentru TAS – mai puțin de o lună).

Pe scurt, diagnosticul rezidă în:

• ***intruzivitate:*** *flash-back*-uri, coşmaruri

• ***evitare, constricție emoțională:*** răspunsuri de evitare, inclusiv a rememorării detaliilor traumei, mimând chiar disociația de traumă.

• ***hiperreactivitate fiziologică*** (noradrenalină, cortizol) şi ***psihologică*** (insomnie, iritabilitate, reactivitate exagerată).

Interviul psihiatric va căuta toate aceste simptome şi va stabili legătura cauzală dintre psiho-traumă şi simptome. Dacă pacientul este încă acut afectat de psiho-traumă se va temporiza concluzia finală a evaluării (de obicei ajunge la expertiză după remisiunea fazei acute). Anamneza altor psiho-traume anterioare celei prezente este necesară. Se va evalua potențialul suicidar, heteroagresiv, precum şi nivelul de siguranță al ambianței în care stă expertizatul.

IMAGINAȚIA ÎN MATERIA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE. SIMULAREA

Gabriela Costea

INTRODUCERE

Imaginația reprezintă procesul psihic de prelucrare, transformare si sintetizare a reprezentărilor si ideilor, în scopul făuririi unor noi imagini și idei. Clasificăm imaginația ca fiind neintenționată sau pasivă și intenționată sau activă. Imaginația neintenționată sau pasivă (vis, reverie) reprezintă tendințele individului, aspirațiile și dorințele, gândurile intime și pasiunile nepermise. Temerile se manifestă prin vis și reverie. Toate producțiile imaginative neintenționate pot fi discutate în psihopatologie. Imaginația intenționată sau activă se poate clasifica în imaginație reproductivă, imaginație ca vis de perspectivă și imaginație creatoare (Tabel nr. 1).

Tabel nr.1 – Imaginația activă

IMAGINAȚIA ACTIVĂ	CARACTERISTICI
REPRODUCTIVĂ	Asociere a elementelor verbal – imaginative cu imagini provenite din experiența proprie. Ex. Lectura
VIS DE PERSPECTIVĂ	Proiectarea mentală a dorințelor proprii, a planurilor de viață etc.
CREATOARE	Ideea/ planul unei acțiuni viitoare sunt anticipate

Modurile de realizare a noilor imagini se diferențiază după gradul de complexitate (Tabel nr. 2.)

Tabel nr. 2 – Modul de operare a funcției imaginative

MODUL DE OPERARE	MECANISMUL DE OPERARE
Aglutinare	Îmbinarea a două sau a mai multor obiecte/ părți de obiecte; Ex. clasic – mituri, povești (... sirena ...)
Combinare	două sau mai multe imagini sunt situate în context particular formându-se alte relații între obiecte și mediu Se întâlnește frecvent în apărarea de tip romanesc
Amplificare/ Diminuare	Diferite atribute ale imaginilor sunt exagerate sau diminuate, realizându-se efecte de contrast; Se întâlnește frecvent în mitologie, simulare
Tipizare	Esența relațiilor generalizate sunt clasificabile și individualizate topologic; Substratul realizării imaginii mentale
Schematizare	Reprezentarea unor aspecte esențiale ale unor tipuri de ființe, obiecte, acțiuni; Substratul realizării imaginii mentale
Simbolizare	Exprimarea unei idei printr-o imagine dedusă și apreciată ca fiind reprezentativă unui domeniu; de regulă acest domeniu are o legătură fragilă sau foarte îndepărtată cu idea exprimată; Mecanism frecvent analizabil în psihopatologie

Psihopatologia imaginației este relaționată cu gândirea, modificările sale fiind corelate cu dezvoltarea și tulburările gândirii.

Pe linia funcțiilor cognitive, diminuarea imaginației se întâlnește în retardările mintale (este posibil a se stabili un raport între gradul de nedezvoltare mintală și scăderea imaginației), în deteriorările cognitive (scăderea abilităților imaginative este paralel corelată cu deteriorarea cognitivă). În ceea ce privește conștiența stările confuzionale implică scăderea temporară (pe durata confuziei) a capacității imaginative. La tulburările organice de personalitate, mai ales la epiletici, se explică scăderea imaginaiei prin tendința analitică specific, prin adezivitate și vâscozitate. Mai întâlnim scăderea capacității imaginative în toate stările de inhibiție (ex. depresie, patologie obsesivo-fobică); în aceste situații se diferențiază de negativism, opoziție etc..

Exaltarea patologică a imaginației este implicită în toate stările de excitație (inclusiv în stările de intoxicații ușoare), în tulburările delirante cronice, în schizofrenia paranoidă.

Forme particulare de exaltare a imaginației sunt mitomania și simularea.

MITOMANIA

Mitomania sau relatarea mitomanică caracterizează un discurs nereal susținut și exemplificat cu un grad aparent de verosimilitate, fiind o modificare intenționată a realității (susținută prin discurs). Se întâlnește în anumite tulburări psihice și la anumite structuri ale personalității. În cadrul tulburărilor psihice, frecvent sunt întâlnite ca un epifenomen al demonstrativității (conduită implicită și intrinsecă). În cadrul deteriorărilor mintale, mitomania trebuie diferențiată de confabulație. Mitomania, în sensul pseudologiei fantastice descrisă de Birnbaum (citat de V. Predescu și G. Ionescu), poate fi considerată ca un sindrom în cadrul a diferite tulburări psihice.

În ceea ce privește relația cu tulburările de personalitate, mitomania trebuie în primul rând diferențiată de minciuna simplă, ocazională, întâlnită în „normalitate" (unde poate reprezenta o ascundere a unui comportament sau a unei decizii, dintr-un anumit moment, din varii motive – întotdeauna comprehensibile – ex. notă mică la școală, boală gravă, pierderi financiare etc. – sau o escrocherie, șarlatanie) sau având caracter ludic. Psihopații cu tulburări de instinct (mai ales perverșii sexuali) se apără prin relatări mitomanice în scop de apărare, apărarea constând în negarea propriilor instincte apreciate chiar de către persoana în cauză ca fiind blamabile (minciuna simplă, ocazională este instinctuală; la mitomanie, instinctul de apărare prin minciună este exagerat datorită particularităților imaginației).

Reluând, precizăm că mitomania se diferențiază de minciuna simplă – ocazională, de confabulație, de șarlatanie, excrocherie sau de caracteristica de epifenomen a unei tulburări psihice. Binomul antonimic real este „mitomanie – lipsă de sinceritate" și nu „mitomanie – adevăr". Deși simularea este, teoretic, tot o relatare mitomanică, are caracteristici specifice care îi restrâng sfera de definire (simularea se referă doar la starea de sănătate).

Mitomania adevărată reprezintă practic o fabulație coerentă, aparent organizată și adaptată temei, fiind neutilitară, fără scop precis; se întâlnește la persoane fără modificări ale clarității câmpului conștiinței, cu cognitivitate normală. Este analizabilă sub aspect etic. Mitomanul este caracterizat prin exaltare imaginativă, sugestibilitate, frecvent emotivitate/ labilitate psihoemoțională. Mitomanii, în relătările lor, apelează la toate resursele lor cognitive, la întreaga experiență de viață, discursul fiind concordant cu statutul lor socio-cultural. Prin conduita lor, subestimează interlocutorul. Indiferent de de contextual și tema relatării mitomanice, aceasta are câteva caracteristici commune (tabel nr. 3).

Tabel nr. 3 – Caracteristicile discursului mitomanic

CARACTERISTICA DISCURSULUI MITOMANIC	DEFINIREA CARACTERISTICII
ORGANIZAREA ROMANESCĂ A TRĂIRII	Aspectul formal al discursului este bogat, narativ; prin numeroasele „scene" sunt întrecute granițele verosimilității încât discursul apare neadecvat conținutului și neconvingător;
ALIBIUL EXISTENȚIAL	Ideile desprinse din discurs demonstrează supraestimarea propriei persoane și o imagine de sine construită concordant cu ceea ce crede că dorește auditoriul de la mitoman;
SUPRASEMNIFICAREA	Trece de la exagerarea simplă la fabulație în scopul atragerii atenției asupra sa;
CONDUITA DE TEAMĂ	Este convins că nu poate realiza, decât în acest mod, o relație interpersonală;

În domeniul psihiatriei medico-legale mitomania este întâlnită frecvent. Examinarea pacientului trebuie să fie de așa natură încât să conducă la diferențierea tulburărilor psihice însoțite de scăderea sau exaltarea forței imaginative de mitomanie ca epifenomen a unor tulburări psihice sau ca problematică discutabilă la nivelul conștiinței etico-morale; în această ultimă situație se ia în discuție binomul antonimic „bine – rău".

În concluzie, mitomania se diferențiază de minciuna simplă, ocazională (întâmplătoare sau voită, motivată sau nu de excrocherie, de șarlatanie) și mai ales de confabulație (expresia unei tulburări mnezice realizându-se un discurs fără baze reale și străin de circumstanțe).

PREZENTARE CAZ

CAZ ȘARLATANIE PRIN FALS vs SIMULARE

Tânăr, recidivist (furturi), cu prima admisie într-un spital de psihiatrie determinată de expertizare medico-legală psihiatrică, pentru stabilirea discernământului într-o speță de tâlhărie. Ulterior, în faza de judecată a depus numeroase bilete de ieșire din spital (cu diagnostic schizofrenie), din diferite unități sanitare din țară, inclusiv în București. Instanța (dintr-un județ al țării) a solicitat relații de la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia-București care a comunicat că persoana respectivă nu a fost niciodată internat în acest spital. S-a solicitat o nouă expertiză, la INML, cu atenționarea asupra adresei Sp. „Prof. Dr. Alex. Obregia-București. Pacientul este examinat la INML unde nu a colaborat, în sensul că a afirmat că a fost internat de numeroase ori (menționând spitalele) dar nu știe diagnosticul și nici tratamentul administrat, recomandat („mama știe"); în ceea ce privește simptomatologia a afirmat că nu știe să relateze („am crize"). Este trimis la internare la Sp. „Prof. Dr. Alex. Obregia, unde a susținut aceleași antecedente (exceptând internarea în spitalul din București) prezentând bilete de ieșire din spital. Comisia de la București a solicitat relații de la toate unitățile medicale enumerate de către expertizat. Exceptând internarea menționată, persoana expertizată nu fusese internată în nici unul dintre spitalele pe care le enumerase și de la care prezentase bilete de ieșire din spital. Deși, la INML, pacientul nu a colaborat, comportamentul în fața comisiei, răspunsurile contrastante (la întrebări care i-au convenit) și informațiile avute la dispoziție a orientat comisia spre tulburare de personalitate. Actele medicale înaintate de către Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia-București (privind internarea solicitată de către comisie) au sprijinit orientarea comisiei. Concluzia expertizei a fost de discernământ păstrat (așa cum stabilise și

prima comisie). Constatăm că între perioada de anchetă și instanță, ulterior primei internări/ expertizări au apărut elemente noi care să-i permită apărarea prin starea de boală psihică gravă (schizofrenie). Deși a beneficiat de „ajutor" în acte, nu a fost instruit suficient, alegând metoda deficienței în colaborare. Comportamentul apare explicabil (asumarea riscurilor privind falsurile) prin faptul că era recidivist, cu zile de arest rămase de executat, implicat într-o faptă mai gravă (tâlhărie), rezultând circumstanțe agravante.

În cadrul mitomaniei deosebim aspectele de „implicit" din cadrul unor tulburări psihice, „apărarea de tip romanesc" (întâlnită în situații existențiale dificile pentru mitoman, mai ales în raporturile cu „autoritatea" – indiferent de tipul acesteia, de la autoritatea părintească până la ce statală) și „aria simulării".

Ca particularități specifice relației dintre psihiatria medico-legală și funcția, semiologia imaginației, avem în vedere în primul rând „apărarea de tip romanesc" și „simularea" (aria simulării).

APĂRAREA DE TIP ROMANESC

„Apărarea de tip romanesc" (întâlnită în cauze penale) este o relatare mitomanică la care organizarea romanescă a trăirii este expusă deosebit de amănunțit, cu scene multiple privind întâmplări ordonate criminologic, frecvent intrând în joc mai multe personaje. Discursul devine o adevărată narațiune cu aspect de dramă asemenea unui roman. Uneori narațiunea expusă este însoțită de pantomimă sugestivă încât se asistă la o adevărată „telenovelă". Tema principală a discursului este reprezentată de relația agresor – victimă.

Persoana expertizată, deși este agresor, prin discursul său narativ încearcă să dovedească că este victimă reală, deoarece a fost pusă în situația, psihică și fizică, de a acționa astfel. Tema discursului care urmează este strict dorința de a ne convinge (în scopul obținerii unor aprecieri medicale și psihiatrice circumstanțiale, benefice lui); scenele narative folosite converg spre alibiul său existențial încât „din prea mult" se sezizează neverosimilitatea/ irealitatea relatării. Suprasemnificarea evenimentului, explicabil prin relația povestită, este maxim posibilă (deși discursul prea amplu care reflectă de la

început intențiile povestitorului, devine obositor, greu de urmărit). Naratorul este, cel puțin aparent, sigur pe reușita sa, el a atras atenția asupra sa și, (aspect deloc de neglijat), asupra colegilor de închisoare (când este o persoană arestată) care îl vor admira pentru construcția sa de apărare, pentru expozeul său în fața autorității medicale. Supraestimarea propriei persoane se reflectă în siguranța realizării scopului (de a obține circumstanțe susținute și medical). Tocmai această organizare romanescă a discursului determină examinatorul să înțeleagă neadecvarea discursului formal și, implicit, tendințele mitomanice.

„Diferențierea dintre „apărarea de tip romanesc" și mitomanie ca atare este reprezetată de context (relația expertizat – autoritate statală), de scopul bine precizat (obținerea unor circumstanțe prin motivații comprehensibile care să diminueze impresia negativă privind persoana sa și să inducă o impresie negativă despre victimă) și de folosirea unor elemente reale (care, altfel, conform concepției examinatului, autoritatea nu le-ar observa sau le-ar considera nerelevante).

Practic, prin „apărarea de tip romanesc" se face apel la victimologie. De aceea se întâlnește mai frecvent în cazurile de violență intrafamilială (cu precădere în cazurile de omor). De reținut pentru apărarea de tip romanesc:

- persoana se prezintă ca normală;
- tot ceea ce i s-a întâmplat, afirmativ, este real dar are aspect „neobișnuit" prin multitudinea de întâmplări verosimile;
- întâmplările expuse reprezintă contraargumente la „mobilurile de anchetă" și se înlănțuiesc după modele logice, fiind expuse pe larg, în stil apropiat literaturii;
- tematica este diversă dar strâns legată de faptă.

SIMULAREA

În cadrul mitomaniei, diferențiem simularea ca fiind o mitomanie monotematică în sensul că se referă doar la falsificarea adevărului în legătură cu starea de sănătate a simulantului. V. Predescu și G. Ionescu vorbesc de „conduite" *simulative* (simularea unor boli), suprasimulative (exagerarea unor simptome), metasimulative (relatarea unor simptome pe care pacientul le-a avut cândva, când a fost bolnav,

simptome ce nu le mai are) dissimulative (ascunderea unor simptome). Caracteristic simulării sunt următoarele:

• producerea intenționată de simptome somatice și/ sau psihice false sau exagerate;

• motivație clară externă (ex. evitarea serviciului financiar, pensionare, obținerea unor compensații financiare, obținerea de droguri, implicații meco-legale). În practica psihiatrică simularea vizează mai ales patologia somatică (mai ales neurologică) care implică tulburări psihice, precum și patologia psihiatrică. De regulă, simularea este suspicionată în situațiile în care bolnavul este necooperant la evaluări (mai ales la cele psihologice) și tratamente, are implicații medico-legale, prezintă „simptome" discrepante în raport cu patologia pe care o simulează și are un comportament cu note antisociale.

În materia de expertiză medico-legală psihiatrică simularea beneficiază de o abordare specifică. Simularea poate fi considerată ca fiind o reacție medico-legală de tip revendicativ în care acțiunea primară (situația medico-legală) determină o cauză secundară (efect secundar al acțiunii primare) ce determină o apărare de tip simulativ (V. Dragomirescu).

În psihiatria medico-legală este mai fezabil să vorbim despre *„aria simulării"*, persoanele expertizate având o imaginație debordantă în vederea atingerii scopului (G. Costea și V. Beliș). Comportamentul din acest spectru reprezintă o modalitate de apărare sau de obținere a unor beneficii circumstanțiale în relație directă cu situația legală în care este implicat. În funcție de speță (penală – de toate tipurile – sau civilă) se apelează la simulare ca atare sau la dissimulare. În funcție de capacitatea cognitivă se apelează la simulare, suprasimulare, metasimulare. În funcție de capacitatea cognitivă și de nivelul instructiv-educativ, persoanele expertizate simulează pentru a fi absolvite de pedeapsă, pentru a obține circumstanțieri, chiar minime. O dată cu instrucția de masă și cu dezvoltarea mijloacelor de comunicare, nivelul instructiv-educativ pune câteodată frână apărării prin simulare simplă (persoana expertizată își dă seama că s-ar putea să nu convingă și, implicit să nu-și atingă nici parțial scopul. Ca urmare, simulantul a găsit metode mult mai sofisticate cu scopul de a induce în eroare medicul, de a-l direcționa spre o pistă cu conotații psihiatrice. În funcție de reacția examinatorilor (și a altor

circumstanțe) simulantul (prin aceste metode) câștigă timp în identificarea celei mai câștigătoare conduite de apărare din aria simulării. Comportamentul simulantului obligă astfel medicul la autodepășire profesională.

După cum am precizat, au apărut direcții noi de comportament simulant, situație ce a determinat aprecierea acestui tip de comportament ca „arie a simulării", în care simularea obișnuită reprezintă doar o parte. Se descrie „inducerea în eroare cu specificitate psihopatologică și plasată în aria simulării" și „construcția de apărare de tip contrafactual" (G. Costea și V. Beliș).

„Inducerea în eroare cu specificitate psihopatologică și plasată în aria simulării" este acea inducere în eroare care prin relatări false (relatări oferite în scopul obținerii în fața justiției a unor avantaje bine stabilite sau în scopul obținerii atenuării sau evitării unei pedepse) poate conduce la erori diagnostice (pe veriga metodologiei antropologice) și la erori de expertizare.

„Construcția de apărare de tip contrafactual" este relatarea mincinoasă a faptei ce apare ca un sistem de minciuni organizat și expus ca o trăire sau concepție, considerate ca având o valoare patologică/ diagnostică (deși nu au valoare de simptom), dar străină structurii personalității expertizatului, cu scopul obținerii unui diagnostic „psihiatric" și implicit obținerea atenuării sau evitării unei pedepse sau cu scopul obținerii în fața justiției a unor avantaje bine stabilite. Frecvent, această metodă este folosită pentru a ne orienta spre o structură schizoidă/ schizotipală sau spre o personalitate cu trăiri de tip histrionic (expertizatul a „aflat" că ar putea obține măcar „discernământ scăzut") deși simulanții au alte trăsături de personalitate. Apare astfel o divergență între forma gândită a informației oferite de către expertizat (ex., are tendințe la izolare, este singuratic etc.) și forma exprimată de către acesta (nu poate să se comporte, totuși, în sensul exprimat, există informații veridice privind contrariul).

„Construcția de apărare de tip contrafactual" implică, de asemenea, relatări expuse în stil apropiat literaturii. Relatările sunt mai puțin bogate. Înlănțuirea întâmplărilor este mai puțin logică și sugerează bizarerii. Persoana se prezintă ca aparent normală pe sistemul *„eu mă consider normal dar voi credeți că pot fi normal, după tot ce v -am povestit?"* Tematica depinde de „modă", respectiv de

„subiecte la modă” și este mai puțin legată de faptă. Ea vizează mai mult persoana decât fapta. Acest tip de simulare se realizează prin mecanisme complexe informaționale.

Simulantul cu nivel cognitiv bun adaptează informații diverse în scopul de a orienta experții spre tulburări ideative, instinctuale sau afective.

Simularea „clasică” (sub aspectul formelor și a mecanismelor de producere), o putem clasifica, operațional, astfel (G. Costea și V. Beliș):

1. Clasificarea formelor:

Simplă monosimptomatică este foarte rar întâlnită, la persoane cu nivel cognitiv situate în limitele largi ale normalului și cu nivel instructiv – educativ scăzut; de regulă, simulanții nu sunt implicați în spețe privind violența contra persoanei.

• Linia cognitivă: tulburări mnezice, deficit operațional, volum lexic;

• Linia perceptuală: acuze somatice funcționale, halucinații auditive, halucinații vizuale, alte tipuri de halucinații;

• Linia ideativă: idei monotematice (prevalente, delirante, fobice);

• Linia afectiv-comportamentală: depresie, neliniște psihomotorie, euforie, anxietate, refuz de hrană neprotestatar, raptusuri, fugi patologice, comportament halucinator;

• Linia instinctuală: instinct de conservare, producerea de leziuni minime superficiale cu aparență impulsivă, în vederea aprecierii anamnestice, descrierea unor preocupări sexuale particulare sau a unei tulburări de dinamică sexuală.

Complexă:

În cadrul unei singure linii simptomatice: prin polimorfism simptomatic, ca urmare vorbim de simulare amalgamată;

Simulare de tip sindromologic: sindroame afective predominant de tip depresiv, sindroame paranoide, sindroame de automatism ambulatory. Frecvente sunt simulările pe linia tulburărilor de conștiință, cele mai „în trend” fiind simulările stărilor crepusculare precum și a pseudodemenței isterice și a sindromului Ganser.

Simularea unei afecțiuni psihice: simularea unor afecțiuni de nedezvoltare; simularea deteriorării; simularea afecțiunilor psihotice;

– Simularea comițialității – se constată o deplasare spre încercarea de a simula, prin mecanisme complexe ale unor forme particulare de epilepsie, psihozele epileptice sau demențele epileptice.

Clasificarea mecanismele de producere:

Mecanismele modului de realizare

Modul grosier – se întâlneşte, în general, în încercarea de a simula afecțiuni de nedezvoltare (tip „nu ştiu"), afecțiuni deteriorative şi în încercarea de a simula comportamentul halucinator. Acest mod de realizare se întâlneşte în general în simulările simple.

Modul nuanțat – se întâlneşte, în general, în simularea unei afecțiuni psihice (simulare complexă).

Modul subtil – se întâlneşte doar în simularea unei afecțiuni psihice; se realizează prin inducere în eroare, prin afirmarea unor date anamnestice eronate, prin construcție de apărare de tip contrafactual şi prin sugerare (a unui simptom sau a unor grupuri de simptome).

Frecvent, aceste mecanisme funcționează împreună.

Contextul trecerii la actul simulativ

Se poate face prin hotărâre proprie; la sugestia apărătorului (realizare propire cu ajutorul unor informații primite); prin specificitatea mediului penitenciar (pregătirea actului este colectivă); sau prin alte sugestii (de regulă modalitatea de pregătire şi realizare a simulării interferează).

Plasticitatea actului simulativ poate fi:

Clasică, (în simularea simplă) şi parțială (în simularea complexă) sau *informațională*: prin adaptarea unor informații diverse obținute prin mijloacele „mass media" sau prin alte mijloace şi apare în simularea complexă. Se poate face fie prin mecanisme grosiere şi remontate, fie prin mecanisme subtile.

Plasticitate prin mecanisme subtile:

În prezent se constată o deplasare a formelor simple (clasice) de simulare spre aspecte elaborate de comportamente de tip simulativ.

Simularea prin comportamente automutilante (producerea de semne obiective) impune discuții mult mai complexe. În mediul penitenciar automutilarea reprezintă un criteriu de apreciere a unei boli psihice şi în acelaşi timp un comportament de „solicitare" sau de „şantaj"

Comportamentele din aria simulării pot fi întâlnite la toate categoriile de bolnavi precum şi în limitele largi ale normalității psihice.

Simularea se întâlneşte în toate tipurile de expertize medico-legale efectuate în cauze penale, cauze civile sau în cauzele vizând asigurarea de persoană. Instabilitatea se simulează mai ales prin relatare de date anamnestice false (inducere în eroare în scop simulativ).

Este frecventă la adulţi şi mai puţin frecventă la copii până la vârsta de 16 ani. La aceştia, de obicei „mentorii" sunt părinţii. La adolescenţi este mai rară, deoarece opoziţia faţă de norme, caracteristică vârstei, este mult prea puternică pentru a putea fi ascunsă. Când se întâlneşte, este simplă iar învăţarea comportamentului se datorează în general părinţilor. Excepţie fac adolescenţii la care structurarea spre o personalitate antisocială este evidentă. În acest ultim caz, învăţarea comportamentului simulat este mult mai complexă. Simulanţii se prezintă şi se caracterizează ca fiind nişte „blânzi şi sensibili".

Simulanţii, la rândul lor, sunt cei mai buni „profesori" pentru medici. Se menţine un cerc aparent de neîntrerupt. În timp, comportamentul simulant devine mai complex şi se diversifică. Medicii îşi diversifică metodele de susţinere a dialogului psihiatric.

PREZENTARE DE CAZ

Bărbat cu numeroase expertizări, în țară și la INML București, prima expertiză fiind efectuată pentru vătămare corporală gravă (expertizatul era „recuperator"). Una dintre expertizări a fost pentru punere sub interdicție. Exceptând comisiile de la INML, s-a apreciat discernământ absent pentru schizofrenie. La INML, la prima expertizare, s-a concluzionat discernământ scăzut (pentru episoade psihotice like-schizofrenie) iar la următoarele expertizări – discernământ păstrat. Exceptând primele două expertize efectuate la județ și la INML (pentru vătămare corporală) și cea de punere sub interdicție, toate celelalte expertize au fost prilejuite de fapte de sustragere de bunuri petroliere. Ultima expertizare a fost ordonată de Către Parchetul General, punându-se la dispoziție dosarul complet al unei cauze (27 de volume).

S-a constatat că se ocupa de organizarea transportului de bunuri petroliere (având dosare penale în mai multe județe) – inclusiv telefonic, din incinta spitalului. Deși avea dosare penale la diferite instanțe, pentru furt de petrol, își continua activitatea infracțională. Prima admisie într-un spital de psihiatrie a fost cu ocazia primei expertizări; au urmat numeroase internări; la prima expertizare de la INML s-a luat în considerare aspecte metasimulative. Deși la penultima expertizare s-a precizat clar, în concluziile raportului, comportamentul simulativ, pacientul a continuat să se apere prin stare de boală psihică, negând faptele. Reținem din penultima expertiză: Eamen psihologic: «Pacient în ținută de stradă ușor dezordonată. Hiperexpresivitate mimico-pantomimică; gesturi cu aspect demonstrativ; nu menține, contactul vizual. Voce de tonalitate moderată. Nu se poate investiga cu precizie capacitatea de orientare; conştiința este lucidă. Disforic, necooperant, contact interpersonal dificil; tendință marcată la simulare. Discursul spontan este bogat, incoerent, centrat pe ideea de persecuție, de prejudiciu (Mă urmăreşte poliția mereu .... să mă bată ... să mă omoare ... sunt căpitan de cavalerie); predomină răspunsurile ganseriene (alături); Se mobilizează cu dificultate pentru efectuarea probelor de examinare; nu acceptă efectuarea unor probe; Ritmul de lucru este rapid, inegal; execuția incorectă; majoritatea răspunsurilor la itemii din probele psihometrice sunt de tip « răspunsuri alături ». Nu oferă date concordante cu datele din F.O. în privința istoricului personal. Afirmă că nu ştie unde se află și de ce a fost adus. Situația familială nu poate fi investigată; pacientul oferă date neconforme cu datele din F.O.. Situația socio-ocupațională: Pacientul afirmă că e neşcolarizat și că nu a lucrat, ceea ce nu corespunde cu inmformațiile obținute din F.O. Examenul funcțiilor cognitive:

***Funcția prosexică:** posibile tulburări moderate de concentrare; rezultate obținute la probe nu sunt concludente, fiind în mod evident inferioare capacității reale.*

***Funcția mnezică:** Nu poate fi investigată; pacientul oferă răspunsuri alături; posibilă scădere de aspect organic deteriorativ.*

***Gândirea:** aspectul formal: ritm și flux ideo-verbal moderat; asociațiile logice păstrate. Eficiența operațional-logică nu poate fi evaluată; pacientul nu poate răspunde corect la nici un item.*

***Conținut:** exprimă idei de persecuție și prejudiciu.*

Sfera motivațional-volițională și afectivitatea: *Dispoziție disforică. Neliniște psihomotorie, irașcibilitate. Iritabilitate. Capacitate de contenție a afectelor; acting-out; crize clastice.*

Profilul de personalitate: *Personalitate structurată dizarmonic, cu trăsături predominant de tip instabil-impulsiv; vulnerabilitate la acting-out în condiții anxiogene.*

Concluzii: *Pacient necooperant, cu tendință la simulare. Eficiența cognitivă nu poate fi evaluată; performanțele obținute la probele psihometrice aplicate sunt în mod evident scăzute comparativ cu capacitatea reală a pacientului; posibilă scădere a eficienței cognitive cu aspect organic deteriorativ. Discurs incoerent, centrat pe ideea de persecuție și prejudiciu; predomină răspunsurile ganseriene (alături). Dispoziție disforică, iritabil; toleranță redusă la frustrare; capacitate scăzută de contenție a afectelor. Personalitate structurată dizarmonic, predominând trăsăturile de tip instabil-impulsiv și paranoid, posibil amprentată organic ».*

Examen EEG: *«Traseu hipovoltat ca alfa 10c/sec., bine reprezentat, modulat în fusuri, reactiv; ritma beta rapid, ascuțit FC și FF. Artefacte musculare. Fără anomalizări la SLI. Crește ușor voltajul la hipermnee; unde lente theta izolate T-T bilateral ».*

Examen C.T.: *« Examinarea nativă evidențiază: Absența de imagini heterodense, înlocuitoare de spațiu; intracerebral microcalcificări în nucleii ventrali de partea stângă; sistem ventricular median, simetric, în morfologie C.T. normală; hipodensități ale substanței albe periventricular.. posterooccipitale bilateral, sugestive leziunilor de chimioterapie; relief cortical cerebral moderat accentuat. Creșterea moderată în diametre a spațiilor lichidiene pericerebeloase. Concluzii: Fără procese înlocuitoare de spațiu intracerebrale. Modificări incipiente demieli-nizante substanța albă periventricular. Atrofie moderată ».*

Redăm din ultimul raport efectuat la INML: Nu se pot obține date anamnestice; practic, pacientul nu colaborează .... AXA I. Ținută particulară, relativ ordonată. Nebărbierit. Stă cu căciulă pe cap. Atitudine demonstrativă. Privire limpede. Frecvent își ține ochii mijiți sau ferește privirea medicilor, exceptând momentele când dorește să simuleze comportament halucinator sau când se adresează direct interlocutorilor. De regulă oferă răspunsuri scurte, exceptând temele pentru care se pregătise, anterior, să le dezvolte.Uneori răspunde (mai

ales la întrebări neprezumate de către pacient) prin întrebări sau repetând întrebarea, la o modalitate interogativă, cu tonalitate în crescendo (fără aspect ecolalic). Hiperexpresivitate facială şi gestică bogată, aparent concordante cu ceea ce doreşte să demonstreze, concordante afectiv. Tonalitate vocală, modulată afectiv; uneori note persiflante. Nu se pot investiga, punctual, funcţiile psihice (orientare, percepţie, prosexie, mnezie) datorită necolaborării reale (simulare). Reţinem câteva aspecte din cadrul interviului psihiatric. Î. = « De unde sunteţi ?» – R. = « Din satul meu »; Î. = « Ce judeţ ?» – R. = « De la Ploieşti »; Î. = « Unde locuiţi ? » – R. = « În casă la mine »;//..... Î. = « Aţi făcut armata ? » – R. = armata? nu »; Î. = « De ce ? » – R. = « n-am putut »; Î.= « De ce ? » – R. = « m-a durut capul rău »; I. = « Aţi fost la medic ? » – R. = « la mulţi. M-a dus nevastă-mea »;//..... Î. = « Când v-aţi însurat ? » – R. = « Eram mic... de mult, aveam 40 de ani »; Î. = « Acum câţi ani ? » – R. = « « Ştie nevastă-mea »;//..... Î. = « Ce probleme aveţi ? » – R. = « Vine cineva.... să mă omoare... mă urmăreşte poliţia, mă bate, mă ia mereu, mă ţine până dimineaţa, mă bate »; Î. = « De ce ? » – R. = « Ca să mă ducă la muncă »; Î.= « Ce aţi lucrat ? » – R. = « Mi-a luat ei, poliţia, mi-a dat bani, mi-a luat înapoi, mi-a dat... »;//...... Î. = Din ce trăiţi ? » – R. = « Am fabrică de gândaci »; Î. = « Ce faceţi cu ei ? » – R. « Ciorbă »; Î.= « Cine o face ? » – R. « Nevastă-mea... şi în fiecare dimineaţă îmi dă să mănânc... aşa mi-a zis că e bun... mi-i dă vii, sînt vii, sînt buni, sînt mari »... Spontan afirmă: « Mi-e rău, nu mai pot, am luat tratamentul, mi-a dat de la spital şi mi-a zis să fiu cuminte, dar vine poliţia »...... Î. = « Şi ce spuneaţi despre gândaci ? » – R. = « Gândacii, îi mănânc, ciulama şi ciorbă »; Î. = «Şi ăştia ce mănâncă ? » – R. = « Le-am dat salată »; Î.. = » Şi iarna ce le daţi?» – R.= « Mi-a făcut o gaură în pământ şi eu stau acolo cu ei »//...... Î. = «Sunteţi nebun ? « – R. = «nu, nu sunt nebun, dar mă doare capul, ficatul, capul, picioarele »; Î. = « Şi ce vă mai supără ? « – R. = «Plec în sus.. când visez «; Î. = «Luaţi droguri ?» – R. = « Nu ştiu ce e aia drog «; Î. = « De băut beţi ? « – R. = «De băut nu pot »;//..... Î. = « De ce aţi venit aici ? » – R. = « Nu ştiu de ce am venit....... Lucrez aici, la o hală mare, păzesc acolo, aici la casa poporului, sunt căpitan de cavalerie »; Î.= « Ce înseamnă cavalerie ? » – R. « Nu ştiu. Acolo m-au pus şi am grad mare, grad de general... »; Î. = « Cum e la Casa Poporului ? « – R. = «E frumos.. e mare... acolo «;//... Î. = «Când aţi fost ultima dată la spital ? « – R. = « Eram mic«; Î. = «De ce ? « – R. = « Nu ştiu, m-a luat poliţia, n-am făcut nimic, m-a luat poliţia, m-a bătut... şi afară, am avut cireş, am

mâncat cireş..... mi-e rău tare «;//.... Î. = «Aveţi carnet de conducere ? « – R. = «Nu «; I.= « Aţi avut vreodată ? » – R.= » nu... (se repetă întrebarea).. nu, eu stau acolo, în spate, am o salcie şi mă fac, am o frânghie, au venit ai mei şi m-au luat în casă... aseară am fost plecat şi a venit nevastă-mea cu mine şi m-a luat în casă... «; Î.= « Aveţi maşină ? » – R. = »Maşiă ? nu ştiu ce e maşină... nu mai pot mi-e rău »;//.... Î. = »Aveţi copii ? » – R.= « Am mulţi »; Î. = »Cum îi cheamă ? » – R.= » Băiatul este Vasilică, pe ceilalţi îi cheamă Ionică, Marian, am mulţi, mulţi de tot.. băieţi »; Î. =« Fete nu aveţi ? » – R.. = nu răspunde; Î.= » Pe nevastă cum o cheamă ? » – R.= »Ionela »; Î.= »Câţi ani are ? » – R. = »Nu ştiu... mi-e rău, mi-e rău tare, nu mai pot, vin cineva, mă strigă... »; Î.= »De ce stai cu căciula ? » – R.= »Când vine poliţia.... vreau să mor, să nu mă bată nimeni, au zis că mă spânzură, au zis că îmi taie piciorul, mă ţine închis în casă »; I. = « Ce are poliţia cu Dumneata ? » – R. = « benzina, eu nu ştiu, atunci am fost internat în spital, m-a ţinut legat... îmi face capul aşa » (arată cu mâinile)... eu n-am fost nicăieri şi nu ştiu nimic. Mă bate... nu ştiu pe nimeni, am stat numai acasă »; Î.= « Cu telefonul cum a fost ?» – R. = Telefon, nu am venea la mine cu ciocolată, bomboane, mă lăsa acolo. Numai să stau,... vreau să plec, vine cineva să mă omoare... »;//.... Î. = « Cum a fost la prima internare ? » – R. = »La prima internare a venit poliţia şi m-a luat, m-a legat şi a zis să stau acolo că mă omoară »; Î.= »Când ? » – R. = « Nu ştiu »;... Spontan afirmă: « Mă strigă mereu, noaptea, la geam, mă ia şi plec, plec pe câmp, să culegem porumb »; Î:= »Cine ? » – R.= »Poliţia, eu nu ştiu nimic, oh, ce mi-e rău »;//... Î. = « Ai fişă la policlinică ? » – R.= « Nu ştiu, ştie nevastă-mea »;.. Sponta: « Vreau să plec, m-aşteaptă mulţi, vreau să plecăm departe, să plecăm departe, trebuie să ne întâlnim cu mai mulţi »;//... Î.= »Cine este Stelian ? » – R.= « Nu-l cunosc şi eu nu plec de acasă »; Î.= »Dar Ion zis Diliu ? » – R. = « Nu-l cunosc, nu ştiu pe nimeni »;//... Î. = « Eşti căsătorit cu acte ? » – R. = « Am acte multe, poliţia.. «; Î.= »Ce e cu poliţia ? » – R. = »Nu ştiu nimic cu petrolul ? »; Î: »Ce e petrolul ? » – R. = dă din umeri apoi spontan afirmă: « Auziţi că mă strigă ! »; Î:= »Unde ? » – R. = »I-auzi ! »; Î.= »Ce zice ? » – R.= »Zice să plec »; Î:= »Unde ? » – R:= »Acolo sus... mă strigă tot timpul, sunt mulţi, e voce »; Î. = »Bărbat sau femeie » – R.= « Eu văd şi aud... mulţi, mari, bogaţi, în haine negre.. şi subţiri... i-auziţi... pe mine mă strigă »; Î:= »Vorbesc între ele ? » – R. = »Nu între ele... dacă nu vii te omor, mi-e rău tare, mi-e rău, sunt mulţi, mi-e rău tare, mi-e rău, sunt mulţi, vine spre mine... bărbaţi... »;//... Încearcă să se ridice dar,

demonstrativ, se aşează şi afirmă spontan: « am luat medicamente... efecte secundare – stau în pat, mă ia somnul »; Se ridică şi, demonstrativ se îndreaptă spe uşă spunând: « Am plecat... nu pot să mănânc, mănânc la 3 zile». Imediat, rapid, este întrebat: »Cafea bei ? ». Se opreşte, stă cu capul plecat şi apoi spune: « Auziţi că mă strigă.... e bine aici... e cald aici ». Se constată amalgam de tendinţe de apărare situate în sfera simulării (în sensul că având în vedere istoricul psihiatric se ia în calcul şi comportamente supra şi metasimulative). La examinarea actuală se constată comportament demonstrativ, simulare grosieră la nivelul tuturor funcţiilor psihice (atât sub aspect cantitativ/ formal cât şi sub aspect calitativ); ca orientare încearcă să simuleze afecţiuni psihice variate (de la deficit mintal la tulburări halucinator-delirante de variate tipuri/ încadrări nosologice) şi deteriorare de tip demenţial. Se remarcă că încearcă să simuleze şi patologie specifică reactivă, conversivă (patologie « de detenţie » de tip Ganser, pseudodemenţă isterică). Comportamentul simulativ este incomplect şi nu poate fi susţinut (prin mecanismele de producere) mai mult timp, adoptând 2 metode de a neutraliza acest aspect: persiflare sau eludarea răspunsurilor la întrebări pentru a expune ceea ce crede că ne-ar putea convinge (ex. Văzând că tot nu este întrebat ţintit despre tulburări calitative perceptuale sau de conţinut ideativ, începe să-şi expună discursul pregătit, rapid şi fără a putea sesiza inadvertenţele. Mecanismul simulativ este dominant prin copiere (« Învăţ de spital »), fiind avantajat de plasticitatea comportamentală nativă (aspect transcultural) dar nu sunt excluse şi « sfaturi » privind modul în care decurge examinarea în psihiatria judiciară la comisia respectivă (« sfaturi » neprimite, avându-se în vedere numeroasele inadvertenţe, prin filieră medico-psihologică ci probabil din sfera grupului apartenent – lărgit, infractogen – sau de apărare). Se constată capacitate de organizare (tendinţele simulative, iniţial, păstrează strict logica funcţiilor psihice) dar modul în care a decurs interviul psihiatric a fost neprezumat şi după o perioadă de timp, nu mai are răbdare şi începe să expună ceea ce « pregătise », apărând astfel « inadvertenţele » prin care demonstrează explicit simularea.

AXA II: Tulburare de personalitate de tip mixt, predominant antisocial (diagnostic principal); AXA III. Modificări bioelectrice şi imagistice cerebrale minime (confirmare prin investigaţii complementare); Hepatită cronică (conform datelor din actele medicale). AXA IV. În cercetare pentru furt de produse petroliere cu

recidivă pentru faptă similară; AXA V. Certificat de handicap; posibil venituri suplimentare; .... EXAMEN PSIHOLOGIC NR.: « Răspunsurile subiectului la evaluarea stării sale mentale (investigare cu MMSE): la orientare: suntem în 2001, este toamnă, duminică, luna mai. Acum sînt în orașul Ploiești, la Spitalul Județean, Țara Româneşti. La înregistrarea informațiilor: (memorare): cele 3 cuvinte rostite de examinator și anume măr, masă, monedă au fost repetate astfel de către subiect: păr, scaun, folie; la calculul aritmetic (reversibilitatea operațiilor): rugat să numere în ordine inversă, din 7 în 7, începând cu 100, subiectul răspunde: 100, 70, 30, 10; la reproducerea elementelor/ cuvintelor necunoscute anterior (memorie recentă): cuvintele pe care le-ar fi repetat după examinator ar fi fost sac, pătură, geantă; la probele de limbaj: repetarea propoziției – capra neagră calcă piatra – a devenit -vaca are picioare-; comanda « luați o foaie de hârtie, împăturiți-o în două și așezați-o pe podea » a fost executată prin ruperea hârtiei și așezarea ei ostentativ în fața examinatorului; citirea și executarea comenzii « închide ochii » a fost reprodusă « închide gura ». Despre sine afirmă: sunt căpitan de cavalerie, am funcție de general și păzesc Casa Poporului, acolo stau, acolo dorm. Am 4 degete la mâna dreaptă, trei degete la mâna stângă, în total 11 degete la amândouă mâinile; am o ureche și 3 guri (când își numără gurile, subiectul pune la socoteală și urechile..). Examenul personalității: La chestionarul de tendințe psiho-nevrotice (WM) subiectul a dat răspunsuri contradictorii (de ex. afirmă că nu-i este frică de nimic: « nu mi-e frică de o apă mare, o beau pe toată, nu mi-e frică de furtună, mie îmi place să mă bat cu ea »; în schimb, la întrebarea dacă se consideră mai furios decât alți oameni, subiectul răspunde afirmativ: da, sunt mai furios decât alți oameni ». La proba proiectivă Szondi, al doilea profil de control a arătat că subiectul a răspuns aleator, « în bătaie de joc ». Atitudinea subiectului în timpul examinării psihologice și răspunsurile sale la probele de specialitate denotă un comportament tipic persoanelor cu potențial antisocial ».

DISCUȚIA CAZULUI

1. Pacient cunoscut cu tulburare de personalitate de tip mixt cu o primă internare în anul 1993; la un moment dat s-au afirmat (în actele medicale) și antecedente heredocolaterale de patologie psihiatrică (surori, frate) dar care se înscriu în relativitatea informațiilor privind datele anamnestice și de personalitate premorbidă (a oferit informații contradictorii);

2. Mai reținem, un TCC, în 1989; este dificil de a stabili o legătură de cauzalitate directă între rezultatele examinărilor bioelectrice și imagistice (mai ales că și ele sunt ușor contradictorii) și acest traumatism, deoarece modificările constatate sunt minore, nespecifice și pot fi întâlnite și la marii psihopați impulsivi și antisociali – psihopatie de nucleu. 3. Analizând documentele medicale constatăm că dominanta comportamentală este dată de sfera impulsiv – agresivă, cu menționarea și a trăsăturilor paranoide; în timp a mai fost internat pentru episoade nevrotice și chiar psihotice, cu coloratură diversă (unele de aspect schizoform, altele de aspect reactiv – de tipul sindromului Ganser, a puerilismului și a pseudodemenței isterice –, altele de aspect paranoid, posibil toxic/disfunție hepatică/alcool); a primit certificat de handicap. 4. Apare dificil de a analiza mai în amănunt deoarece majoritatea examenelor psihice sunt lapidare. 5. „Agravarea simptomatologică" corespunde, temporal, perioadei de „debut" infracțional cunoscut de către noi; 6. La internările de la spitalul Al. Obregia se constată prin analiză clinică corelată, în trend, și comportamente reactive de tipul reacțiilor de „detenție" precum și simularea acestora. 7. Cel puțin la nivelul spitalelor la care a fost internat nu există informații corecte privind traiectoria existențială (personalitate premorbidă), aspect defavorizant în analiza cazului medical; 8. Patologia reactivă „de detenție" (care cuprinde reacții la toată gama de implicare juridică, și nu la coloratura stadiului de implicare, descrise pentru prima dată de Charcot), încadrată în vechea nosologie la grupa reacțiilor acute sau subacute isterice, este greu de diferențiat de patologia reactivă generală (ex. în foile de observație întocmite bolnavului, lapidar, se notează contexte reactive care nu sunt specificate) sau de patologia nonreactivă (cu mențiunea că patologia reactivă poate îmbrăca orice formă patologică). 9. De regulă, în spital, pacienții nu simulează ci, eventual, cei cu o simptomatologie gravă, disimulează (ascund boala). 10. Diagnosticul diferențial între patologia frecvent întâlnită în rețeaua de psihiatrie (nu avem informații privind dispensarizarea în cadrul rețelei de psihiatrie și nici pe cele existente la nivelul medicului de familie), patologia reactivă „de detenție" și simulare este deosebit de dificil, în afara experienței adecvate în domeniu și a unor informații complecte, reale, privind personalitatea premorbidă. Într-o ordine descrecândă, experiența (sub acest aspect) scade începând de la medicii care lucrează în domeniu (expertiză, spitale, secții speciale

de psihiatrie), medicii din rețeaua ambulatorie, medici din spitalele de psihiatrie generală). 11. În cazul de față se constată și întreaga gamă de apărare prin simulare (inducere în eroare în scop simulativ, simulare inclusiv a „reacțiilor de detenție", metasimulare și suprasimulare; mecanismele de realizare sunt de tipul „învățului" ("experiența de spital de psihiatrie", „Experiența de arest" – a fost arestat în anul 2002-) și au fost facilitate de plasticitatea nativă. 12. La examinarea actuală se ia în calcul și posibilitatea unei modificări organice care agravează fondul patoplastic dar, nerelevantă sub aspectul capacității psihice. Acest aspect necesită monitorizare pentru eventuala intervenție psihoprofilactică. 13. Corelând toate datele avute la dispoziție se reconstituie o structură dizarmonică a personalității cu potențial antisocial, heteroagresiv și autoagresiv (aspect demonstrativ dar care poate, întâmplător, să reușescă); 14. Din datele avute la dispoziție se reconstituie capacitate de a fi lider, de a „organiza" dar având în vedere că pacientul se apără prin negarea faptei, acuzând organele de cercetare penală de contrafacere/inventare a probelor, ne rezumăm la a afirma capacitatea de operare cu experiența vieții, de capacitate de analiză situațională predictivă și de organizare a comportamentului într-o situație dată. Se constată capacitate de apărare.

APRECIERI ASUPRA RISCURILOR Se apreciază risc de recidivă..., risc de heteroagresivitate ..., de autoagresivitate ... de tip demonstrativ potențial crescut antisocial.

RECOMANDĂRI SPECIALE: Tratamentul biologic cu psihotrope se adresează riscului de agresivitate și modificărilor organice cerebrale; schemele terapeutice trebuie realizate în colaborare cu serviciul de medicină internă. Se recomandă bilanț medical cu monitorizare pentru afecțiunea hepatică precum și realizarea tabloului personalității premorbide reale.

CONCLUZII: Corelând datele probatorii, medicale și nonmedicale înaintate de către instituția care a solicitat prezenta lucrare cu examinarea psihiatrică actuală, Comisia de nouă expertiză medico-legală psihiatrică constată că pacientul X a prezentat în perioada comiterii faptei pentru care este cercetat (ca și în prezent), Tulburare de personalitate de tip mixt predominant antisocială.

Disimularea apare, în general, la tulburările de personalitate survenite după o boală psihiatrică şi la cei cu risc suicidar sever. Cel mai important aspect este cel al dissimulării comportamentelor violente.

Disimularea vizează iritabilitatea, agresivitatea, instabilitatea, impusivitatea, explozivitatea. Discrepanța dintre comportamentul din timpul expertizei și datele de anchetă obligă medicul de a determina manifestări „ostile" din partea examinatului şi/sau de a evidenția în cadrul dialogului, alte comportamente adiacente. În cadrul tulburărilor de personalitate, disimularea, de regulă, este asociată cu simularea propriu-zisă si cu metasimularea. Se întâlneşte mai mult la cei cu tulburări de personalitate de tip antisocial şi de tip bordeline, în scopul de a obține condiții „mai bune" de detenție.

Disimularea poate fi întâlnită în cauze civile (mai ales în spețele de punere sub interdicție).

Metasimularea se întâlneşte frecvent la cei care au fost internați în spitale de psihiatrie pentru tulburările psihice tranzitorii survenite pe fondul tulburărilor de personalitate. În cauzele penale, se întâlneşte la cei care, în plus, consumă abuziv băuturi alcoolice.

Suprasimularea apare mai frecvent la cei cu intelect de limită sau debilități mintale uşoare. Se întâlneşte de asemenea în cadrul tulburărilor organice de personalitate.

Diagnosticul diferențial (cu precizarea că simularea nu este o tulburare psihică) se face cu boala sau bolile pe care persoana le simulează, cu reacțiile situațional-juridice (inclusiv sindromul Ganser) și cu tulburările factice.

TULBURAREA FACTICĂ

Tulburarea factică nu este o tulburare a imaginației și nu este un comportament simulant. Este o tulburare psihică codificată ca atare (DSM o denumește tulburare caracterizată prin simptome somatice şi psihologice sau combinate). O descriem totuși la acest capitol, deoarece este cea mai implicată tulburare psihică în demersul judecății clinice a simulării (care nu este o tulburare psihică) și poate, uneori, avea consecințe medico-legale. Tulburarea factică este caracterizată prin producerea intențională de simptome (somatice sau psihiatrice) în scopul asumării rolului de pacient. Se diferențiază de simulare prin

faptul că motivația este o necesitate psihologică și nu este circumstanțială juridic. Pacientul nu are o nevoie motivată comprehensibilă de a-și asigura beneficii circumstanțiale ci doar recunoașterea statutului de bolnav. De regulă, producerea de simptome (mai ales simptome psihiatrice) coexistă cu simptomele reale. Simularea este o metodă adaptativă de apărare, bine plasată în timp și spațiu, plasarea fiind relaționată cu speța juridică în care este implicat. Un simulant știe când și cum să simuleze, se adaptează la interlocutor sau la ceea ce crede el despre interlocutor. Un simulant, simulează diferit la un cabinet medical sau la altul, dar nu va merge la TV să spună că este bolnav și că i se încalcă drepturile de pacient, deoarece știe că nu este bolnav. Nu are nevoie de recunoașterea statutului de bolnav, ci de „beneficiile" acestui statut și acționează în consecință, manifestându-se punctual în fața celor de la care ar putea obține ceea ce dorește. Mai mult, simulantul știe că mai târziu, dacă „diagnosticul" obținut îl va incomoda, îl va putea contesta (doar știe că nu este bolnav!). Spre deosebire de simulant, pacientul cu tulburare factică acționează fără asemenea „frâne" deoarece nu are nevoie. El are o nevoie intrinsecă de a obține doar recunoașterea statutului de bolnav și nu ezită să acuze nerecunoașterea acestui statut oriunde, oricând, în fața oricui, folosind chiar mijloacele mass media. Simulantul nu are nevoie de tratament pentru ceea ce simulează, în schimb, pacientul cu tulburare factică beneficiază de asistență specifică.

PREZENTARE DE CAZ

Pacient, bărbat, tînăr (30 ani), este lovit în timp ce mergea cu bicicleta; se duce singur la spitalul județean de urgență unde este internat pentru supraveghere find externat cu diagnostic în formulare liberă nesubliniindu-se absența gravității traumatismului. Pacientul se simte nedreptățit, lipsit de atenția necesară și revoltat de atitudinea persoanei care l-a lovit (indiferentă). Urmează un carusel de accesări ale rețelei medicale (la diferite specialități, prin diferite județe din țară) și a celei medico-legale. S-a prezentat la TV unde a expus pe larg situația sa de victimă netratată medical și nerecunoscută de către autoritatea judecătorească, subliniind că dorește să i se recunoască statutul de bolnav – victimă și să i se dea atenția cuvenită, inclusiv daune materiale

(cu precizarea că inițial a câștigat procesul dar fără drepturi bănești). Expertizele medico-legale nu au constatat infirmitate psihică și au recomandat tratament psihiatric pentru starea depresivă. Se ajunge la INML, pentru expertiză medico-legală (și nu medico-legală psihiatrică), obiectivul expertizei fiind astfel formulat: „să se pronunțe științific și documentat cum se explică faptul că vătămările produse din culpă de către inculpată și care au dus la leziunile menționate, nu sunt și cauze ale manifestărilor clinice ulterioare, cu consecință în insuficiența locomotorie și a gradului de invaliditate în care a fost încadrată victima". Adresa de solicitare a expertizei a fost însoțită de toate documentele medicale stânse în ani de zile și de dosarul cauzei. Medicul legist solicită examinare psihiatrică. După examinare, medicul psihiatru stabilește diagnosticul de „tulburare factică". Cei doi medici (având în vedere particularitățile cazului) stabilesc că este necesară o internare la neurologie. Reținem din raportul de expertiză medico-legală efectuat la un IML din țară: „Notă de examinare psihologică/ 2004: „Subiectul afirmă că este născut în.... nu este căsătorit și nu are copii. A făcut armata... la vânători de munte ca transmisionist. A învățat 8 clase generale, nu are nici o calificare, a lucrat într-o firmă de construcții particulară, ca muncitor necalificat, acum fiind pensionat medical. În legătură cu accidentul căruia i-a căzut victimă, afirmă că este nevinovat și autoarea trebuie pedepsită. Recunoaște (și pune pe seama fatalității) că a mai fost victima unui accident de circulație, cu un an înainte, tot cu bicicleta, în care de asemenea nu a avut nici o vină. Tip schizotim, demonstrativ, ușor bradipsihic, își caută cu multă grijă cuvintele, în intenția de a lăsa o impresie cât mai bună și a demonstra un nivel de cultură superior. Au fost efectuate următoarele teste: matrice progresivă Raven, test de inteligență generală, chestionare de personalilale Eysenk și RDH, test proiectiv Luscher. În urma colectării și interpretării rezultatelor obținute s-au desprins următoarele concluzii: – superficial, tendință puternică spre viteză în detrimentul calității. QI = 84 sub medie aproape de limita inferioară; – tendință forte puternică de a răspunde în sensul dezirabilității și a acceptului social. Prezența puternică a factorului „minciună", aceasta implicând imposibilitatea de a „înțelege" structura sa de personalitate. Pare nevrotic sau predispus la nevroze, dar nu se va confrunta cu adevărata depresie nervoasă. Forța excitației diminuată, lipsa de reacție. Mobilitatea proceselor nervoase sub medie, scăzută. Forța inhibiției scăzută, autocontrol diminuat.

Emotivitate ridicată, rezistență scăzută la stres. Lipsa echilibrului emoțional. Analiza alegerii culorilor la testul Luscher, a condus la următoarele observații: Obiectivele dorite-simte nevoia de schimbare și caută soluții mai puțin stresante. Vrea să fie mai cauzativ și să obțină o influență mai mare. În general este condus de dorințele și speranțele sale. Poate încerca să-și multiplice activitatea pentru a cuprinde un domeniu mai larg. În situația existentă este persistent. Solicită ceea ce simte că i se cuvine. Se străduiește să-și mențină poziția intactă. Defensiv, simte că poziția îi este amenințată, sau inadecvat stabilă. Este hotărât să-și urmeze obiectivele în ciuda anxietății impuse de opoziție. Comportament nepotrivit situației existente – condițiile sunt de așa natură, încât nu poate să-și permită să participe intim, fără a formula reserve minte. Caracteristici respinse – nemulțumire emoțională. Simte că își poate afirma propria individualitate printr-o continuă autoconstrângere și că numai acesta îi va permite să rămână pe poziție. Problema actuală: anxietate și insatisfacție, agitat. Neînțeles, dezorientat și instabil (emoțional) dorește mulțumire și relaxare mintală". Redăm din F.O. întocmită la neurologie: „... pentru evaluarea consecințelor neurologice după un accident rutier petrecut în august 2003 urmat după impact de o pierdere a stării de conștientă de cca. 11 ore și imposibilitatea de a mișca membrele (anamnestic). Examenul clinic general obiectiv actual nu evidențiază modificări patologice. La examenul neurologic obiectiv: Pacientul adoptă o poziție voluntară în torticolis drept și anterocolis (prin contracție activă și nu prin anomalie de tonus muscular) care se accentuează la opoziție din partea examinatorului (și care ulterior a cedat în ceea mai mare măsură la psihoterapia facilitată de administrarea locală i.m. de ser fiziologic); mișcările active ale membrelor se efectuează spontan și contrarezistența cu forța normală iar în prezența altor persoane are tendința de a dezechilibra nesistematizat, dar fară să cadă niciodată și fără să se lovească, ferindu-se voluntar de obstacolele puse în cale pe direcția de deplasare. La examenul sensibilității, apar tulburări de percepție la stimuli superficiali cu aproximație în regiunea C2-T2, mai ales la membrul superior stâng, dar cu distribuție dislală la membrele inferioare (sub nivelul genunchiului); afirmă cu greșeli repetate poziția degetelor la membrul inferior stâng și mai rar la cel drept (cu alte cuvinte fară să prezinte un model lezional sugestiv pentru un anumit tip de leziune, deoarece la membrele superioare se sugerează un model

radicular multiplu, iar la membrele inferioare un model polineuropatie. în condițiile în care examenele neurofiziologice, inclusiv la testarea sensibilității au fost normale – v. mai jos). S-a efectuat examen video-EEG timp de cca. 2 ore, timp în care pacientul a rămas singur în camera de înregistrare, interval în care comportamentul sau motor a fost normal (obiectivat de înregistrarea video continuă). Examenul IRM de coloana cervicală și toracală nu a evidențiat modificări patologice ca și examenul electromiografic si electroneurografic. La examenul de stimulare megnetică transcraniană (efectuat la Spitalul „Agripa Ionescu" ....), potențialele evocate motorii au fost normale, evidențiind astfel normalitatea căilor cortico-spinale. Examenul neuropsihologic nu a evidențiat tulburări cognitive ci doar dispoziție depresivă fară criterii de tulburare afectivă majoră, iar consultul psihiatric a pus diagnosticul de tulburare somatoformă nespecifică cu indicație de tratament medicamentos (cu anxiolotice și antidepresive) și psihoterapie. Având în vedere cele de mai sus se concluzionează că pacientul nu are tulburări organice neurologice, manifestările sale fiind de tip somatoform, motiv pentru care se recomandă consult de psihiatrie. Redăm referatul medicului psihiatru de la INML: „..." Examinare Psihiatrică: Date anamnestice și de personalitate premorbidă: Afirmativ: Provine din familie organizată fiind al doilea din frăție de patru: educație după modelul cutumelor ancestrale; locuință salubră; a absolvit 8 clase și școală profesională-dulgher; ar fi jucat fotbal la club (echipa mare); a efectuat stagiul militar; are locuri de muncă inconstante; are mulți prieteni", grupați în funcție de „activitate" din școală, vecini, de la serviciu). Afirmativ; tatăl pensionar: „2 AVC; hemiplegie(?); mama cardiaca. Neagă afecțiuni somatice și psihice, anterior accidentului rutier. Necăsătorit, fără copii; are o prietenă; Neagă consum abuziv de băuturi alcoolice, consum de alte substanțe psihoactive. Accidentul rutier: La data de... 2003. În timp ce mergea cu bicicleta a fost lovit de o mașină. Afirmativ a fost lovit de o mașină din vina șoferului; a fost internat în spital, chirurgie, de vineri, până luni; și-a pierdut cunoștiința; când și-a revenit „nu simțeam mâini, picioare"; externat a stat 8-9 zile în pat, pe spate, „cu perfuzii" (?): „mă ducea fratele la baie, nu puteam să stau pe picioarele mele". Ulterior s-a internat în diferite spitale: Neurologie (după 9 zile – „nu puteam să umblu"), ortopedie, neurochirurgie (se stabilește „tetrapareză"), recuperare (pentru fizioterapie). In casă „umblu cu cadru, cu baston". Inițial, nu puteam

dormi, acum e mai bine, iau Nitrazepam Nu mai sunt trist; m-am obişnuit; mă doare sufleteşte". A respectat medicaţia. Este în proces-solicită 100.000 euro – relaţionează cu situaţia materială şi cu „relaţiile şoferului. Accentuează supra faptului că şoferul nu s-a interesat de soarta sa „nu m-a căutat, nu a solicitat o înţelegere". A deschis acţiunea judecătorească, am câştigat „dar fară daune". Avocatul l-a învăţat cum să procedeze – a fixat suma pentru daune – a vorbit la OTV şi DDV s-a adresat la Ministerul de Interne. Ministerul de Justiţie. Ministerul Apărării Interne. Preşedenţie – şi local la prefect şi primar... îmi caut dreptatea, de ce nu m-a căutat"; „Expertul tehnic auto care a vorbit cu mine ca şi o cârpă, ia zi bă, asta e maşina care te-a lovit." Avocatul s-ar adresa la CEDO. In prezent procesul este strămutat la ..... Acte medicale: ..... Examinarea înregistrării video (vizionată la I.N.M.L.): Comportament normal, în limitele vârstei şi concordant cu instrucţia/educaţia şi mediul apartenent. Convorbirile telefonice (efectuate în timpul înregistrării) evidenţiază capacitate de persuasiune şi manipulare, mulţumirea că este investigat cu mijloace moderne („i se dă atenţie"), tendinţă la demonstrativilate, chiar se lăuda la prietena sa cu privire la atenţia care I se acordă şi mijloacele tehnice de investigare de care beneficiază. Examenul stării psihice prezente efectuat la I.N.M.L. Bucureşti: Se prezintă în cadru metalic cu guler cervical (gipsat). Mimica mobilă privire expresivă. Tonalitate vocală monotonă cu inflexiuni doar în contextul discursului, cu nuanţe revedendicative. Contact psihoverbal realizabil. Orientat temporo-spaţial auto şi allopsihic. Atitudine iniţial uşor detaşată, ulterior discret demonstrativă ca apoi pacientul să devină real cooperant. Toate acuzele somatoforme sunt plasate (în discurs) la timpul trecut, pentru prezent acuzând dificultate de mers (fară acuze algice) şi mişcări spasmodice la nivelul extremităţii cefalice. Nu se constată tulburări calitative perceptuale, prosexice, mnezice, ideative. Coerent, volum lexic şi noţional la nivelul prezumat. Gandire predominant concretă. Idei dominante de boală exagerarea gravităţii „traumatismului" suferit prin accident şi relaţionate cu absenţa compasiunii din partea şoferului. Discretă revendicativitate construită prin acelaşi mecanism relaţional. Aderent la sugestii exterioare primind posibilităţile de a fi despăgubii material. In prezent neagă tulburări de somn. N.N. – interviul psihiatric a evidenţiat numeroase psihotraume minore, frustrări, încă din copilărie manifestate şi prin sentimente de devalorizare. Diagnostic diferenţial: 1. Se exclude orice componenta

organică. 2. Tulburările nevrotice legate de factori de stres. Se exclude un factor de stres sever conform definirii sale (de către OMS). Factorul psihogen (accidentul rutier) a fost supradimensionat prin delicii instructive-educativ și prin structură bazală. Pacientul nu a solicitat „investigații" multiple ci „atenție" din partea autorului acidentului, familiei (îngrijire deosebită, protecție), corpului medical (prin spitalizări). A fost investigat adecvat încă din prima lună comunicându-i-se absența unor leziuni (ex. C.T. coloană și craniu). Acuzele, fluctuante și apoi fixate la nivelul organelor responsabile eu motricitatea dureaza de mai mulți ani (de peste 3 ani). Acompaniamentul psiho-afectiv a fost și este nesemnificativ. Dominanta ideativă privind starea de boală nu este însoțită de interpretativitate și nici de depresie/ anxietate de intensitate clinică. Se constată aspecte de „inducere" din partea mediului. 3. Torticolis de tip psihogen nu apare fezabil (conform referatului neurologic). Preocupările legate de suferință fizică sunt redate sărac, fară expunerea plastică însoțită de acuze de tip hipocondriac.. Acuzele nu sunt multiple și variabile în timp. 4. „Nevroză de compensație": sentiment de disperare absent; revendicarea materială i-a fost sugerată, pacientul având convingerea că pedalând pe această idée va obține recunoașterea, din partea autorităților, a situației de victimă cu infirmitate, comportamentul nu apare bine conturat și bine urmărit din punct de vedere „strategic" fiind motivate, în principal, prin lipsă de interes și compătimire a autorului accidentului care este „bogat" și „cu relații". 5. Simularea presupune un raționament pentru atingerea unui scop precis cu evitarea unui comportament ce ar determina „recunoașterea" mai mult sau mai puțin rapidă. Simularea presupune astfel „o strategie" și exclude abordarea a numeroase servicii medicale (la nivelul mai multor județe și a capitalei) prezentarea, acuzelor simulate „în mass media", reclamații la diferite foruri. Tulburarea factice (producerea intențională a simptomelor incapacității psihice). Apare mai mult la sexul masculin și la persoane cu trăsături ce includ demonstrativitatea). Pacientul este de tipul „polispitalizat", „itinerant". Rolul de „bolnav" permite plasarea în centrul atenției (inițial la nivelul mediului apartenent cu extindere ulterioară.) Poate fi exprimată clinic în context psihogen și întreținută și de factori externi. Poate determina modificarea relațiilor interpersonale cu exacerbarea solicitării atenției și a atașamentului afectiv. De regulă „bulversează" sistemul medical și mediul socioprofesional apartenent.

Diagnostic pozitiv. Tulburare factice (cod F 68.1) Recomandări: Acordarea unei satisfacţii (posibilă chiar la nivel minim) psihologică şi materială (recomandare pe termen scurt). Program psihoterapeutic complex (cu explicarea clară a necesităţii acestuia), organizat în echipă terapeutică (psihiatru, psiholog). Evitarea situaţiilor inductoare. NOTA: Producerea intenţională de simptome (tulburare factice) nu este egal cu producerea intenţionată de simptome (simulare). Medicul legist a concluzionat: In urma internării la Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti şi a investigaţiilor complexe efectuate se constată că în prezent numitul .... nu prezintă nici o modificare organică apartenenta vreunei boli organice. Starea pe care o acuză în prezent, aşa cum este detaliat în examenul psihiatric, se datorează unei tulburări psihice numite în psihiatrie „tulburare factice", explicată pe cât posibil în conţinutul raportului. Această tulburare nu este determinată cauzal de traumatism, fiind vorba de exprimarea clinică a unei tulburări psihice în contextul conjunctural al situaţiei conflictuale rezultată din accidentul rutier în care a fost implicat, prin diagnosticul diferenţial eliminându-se simularea. Fiind vorba de o boala extrem de rară. aceasta poate fi explicată mai concret astfel: – bolnavul nu prezintă nici un fel de „insuficienţă locomotorie sau invaliditate", dar este convins că le are şi se manifestă în consecinţă. Aşa-zisa „insuficienţă locomotorie" este expresia tulburării psihice şi fără substrat lezional organic. În concluzie, se poate afirma că în prezent nu s-au instalat nici un fel de consecinţe organice sau vreo afecţiune posttraumatică în urma leziunilor suferite la data de ... 2003, obiectivabile clinic sau paraclinic. Pentru leziunile suferite a necesitat 8-9 (opt-nouă) zile de îngrijire medicală. Starea actuală, precum şi tratamentul psihiatric necesar, nu se datorează leziunilor suferite în circumstanţele accidentului rutier, ci unei tulburări psihice devenită manifestă atât pe fondul predispoziţional individual, cât şi al inducţiei exogene (mediul apartenent).

CONCLUZII

Simularea propriu-zisă se întâlneşte la toate categoriile de tulburări de personalitate. Este cu atât mai complexă şi mai variatăcu cât:

- nivelul cognitiv este mai ridicat;

• mediul de proveniență are un statut social (instrucțional și material) mai ridicat;

• fapta este mai gravă;

• beneficiile (pedeapsa atenuată, compensațiile materiale etc.) pot fi mai mari;

• pedeapsa (stabilită deja prin condamnare) este mai mare;

• zilele de închisoare rămase a fi efectuate (după liberare – la recidiviști) sunt mai multe;

• antisocializarea este mai profundă;

• avocații sunt mai bine pregătiți profesional.

La simulanții antisociali predomină formele complexe, elaborate, ca inducere în eroare în scop simulativ, construcție de apărare de tip contrafactual. Antisocialii simulează cu predilecție psihozele endogene și patologia psihoorganică (în perioada de judecată).

Postcondamnatoriu se automutilează și simulează psihoze reactive de detenție și psihoze endogene pentru a obține întreruperi de pedeapsă. Simulările antisocialilor sunt cele mai dificil de exclus. Uneori medicii se ghidează în concluzii doar după gravitatea faptei, lăsând elucidarea problemei simulare/ patologie psihică prin „proba timpului".

Un alt aspect dificil, în cadrul tulburărilor de personalitate de tip antisocial, este dat de dissimularea elaborată în scopul eliberării condiționate. Cazurile în care se solicită expertize medico-legale psihiatrice la recidiviști antisociali eliberați condiționat sunt frecvente (în alte țări fiind o practică curentă, ce funcționează cu bază legală). Dissimularea trebuie luată în considerare în expertizele de înlocuire sau ridicare a măsurilor de siguranță cu caracter medical, cf. art. 114 și 113 C.P.

Un aspect particular al simulărilor antisocialilor este dat de „argumentația" care o oferă și de modul de argumentare. În aceste situații, autojustificarea prin comportamente simulative este foarte dificil de diferențiat de autojustificarea normal. Devin foarte importante descoperirea și aprecierea justă a disonanței cognitive. Din experiența noastră rezultă că cele mai bune metode de a exclude simularea sunt:

– examinări prelungite;

– examinări multiple;

– compararea tuturor informațiilor;

– eliminarea rapidă prin investigații de laborator a componentelor organice care presupun boli pshioorganice de fond.

Prin examinări prelungite se constată discrepanța între nivelul cognitiv scăzut simulat (care explică şi scorurile scăzute la O.I.) şi din exprimarea şi susținerea unui dialog prelungit şi diversificat tematic; până la urmă răspunde măcar intempestiv, conform nivelului cognitiv real.

Prin examinări multiple se pot aprecia atât expunerile divergente cât şi cele prin „clişee". Prin compararea datelor de anchetă cu modul în care se prezintă antisocialul la diferitele examinări psihiatrice, psihologice şi pe parcursul internării, putem obține o imagine reală şi putem elimina acele relatări care reprezintă o inducere în eroare în scop simulativ. Investigațiile care să elimine patologia organică, deşi cresc costul expertizei, sunt obligatorii. Este de preferat să se efectueze la prima expertizare. Aprecierea corectă a simulării la antisociali (inclusiv mecanismele şi contextul producerii) este deosebit de importantă, atât pentru justiție cât şi pentru orientarea psihoterapeutică.

Comportamentele simulative la psihopații care consumă abuziv băuturi alcoolice sau consumă droguri depind de cauzele juridice.

În cauze penale, de regulă, se disimulează sau se suprasimulează o patologie aferentă consumului de substanțe psihoactive. Comportamentul depinde de informațiile, pe care le are persoana, privind consecințele juridice. În cauze civile şi în materia asigurărilor de persoane, consumul de substanțe psihoactive se dissimuleaz ă. Un aspect nedorit dar care există şi care probabil nu va fi eliminat niciodată este dat de nerecunoaşterea simulării de către medici. Dificultatea apare când persoana care „a beneficiat" de simulare, peste câțiva ani este stânjenită de concluziile expertizei datorate unei simulări reuşite. În acest caz, va solicita „restabilirea" situației reale.

Este adevărat că segmentul cel mai important al simulării este „realizarea unui scop". Scopul este covârşitor, dar mecanismele intrapsihice nu trebuie omise şi sunt comprehensibile.

Comportamentele simulative solicită cel mai mult capacitatea profesională a medicului psihiatru specializat în psihiatria medico-legală.

Apărarea prin metode pendinte de „aria simulării" reprezintă piatra de încercare a oricărui expert în psihiatria medico-legală.

FUNCȚIA VOLITIVĂ ÎN MATERIA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE COMPETENȚA PSIHICĂ

Gabriela Costea

INTRODUCERE

Din perspectiva dinamic-diacronă, „persoana conştientă se formează în cursul ontogenezei, a «personogenezei», prin relațiile sale comunicante cu alți indivizi şi instanțe umane, cu tineri şi adulți care-i facilitează accesul la «lumea umană» prin identificări, modelări, comunicări, învățare şi transmitere informațional educativă (M. Lăzărescu). Dezvoltarea psihismului conştient se realizează în paralel cu dezvoltarea corporalității şi a sistemului nervos central, fapt ce face posibilă apariția progresivă şi aditivă a noi caracteristici şi capacități într-o ordine determinată. La diverse vârste, individul uman are variate abilități psihice, cunoştințe, receptivități, posibilități de înțelegere şi recepție, adică are anumite caracteristici psihice normale şi anumite valențe şi potențialități psihopatologice. Întreaga dezvoltare psihică şi întreg cursul existenței personale este marcat de perioade de criză şi de salt sintetic, între care se desfăşoară parcursuri mai calme şi lent cumulative de existență". Mai adaugăm intervenția sistemului endocrin.

Din perspectiva ontogenetică, o atenție deosebită trebuie acordată primilor 3-5 ani de viață mai ales în ceea ce priveşte dezvoltarea inteligenței. „Ciclurile vieții", din perioada vârstei adulte, reprezintă o clasificare ce depăşeşte necesitățile scolastice. Jung a insistat mai demult asupra metamorfozelor adultului care, pe măsură ce trăieşte variate evenimente şi câştigă progresiv experiență de viață, se defineşte tot mai mult ca persoană concretă, individual-originală, unică, printr-un proces de „individuație". În procesul dezvoltării ontogenetice şi, în general, în cursul desfăşurării existenței sale, a

raportării concrete față de lume, individul este activ, pretinzând, solicitând, investigând, proiectând intenții de acțiune și asimilând realitatea.

Concomitent, el suferă influențele întâmplătoare sau intenționale ale lumii umane cu care este în contact direct și pe care o receptează după capacitățile și particularitățile sale determinate la o vârstă dată și într-un context definit. Întreg acest aspect dinamic se corelează strâns cu perspectiva „diacronă" (adică, desfășurată de-a lungul timpului) a existenței persoanei.

Pot fi definite, astfel, perioade circumscrise predominant dinamic-proiectiv, ținând de urmărirea unui scop, a unui rost și a unui sens și însumând drumul de viață parcurs in vederea împlinirea proiectului-scop. Aceste perioade se pot încheia cu: împlinire sau eșec, cu schimbări de viață vizibile și din exterior sau cu metamorfoze interioare semnificative.

Prezentul trăit poate fi explicat din perspectivă mixtă, ontogenetică și dinamic-diacronă. «În cadrul prezentului trăit, adică a angajării subiectului în situații problematice actuale ce se cer rezolvate sunt implicate toate funcțiile și structurile psihice (M. Lăzărescu):

• funcțiile intelective (atenția, percepția, memoria, înțelegerea, reprezentarea, imaginarea, gândirea, judecarea) cuprinse în structura inteligenței;

• funcțiile dinamizate (instinctiv-afective, de curiozitate, de aspirație socială și valorică) cuprinse în structura motivației;

• funcțiile realizatoare (deliberate, decizie, proiect, acțiune efectivă, expresie, comunicare lingvistică) cuprinse în structura voinței;

• proiectul subiectului este solidar cu mediul uman din care el face parte, cu problemele pe care acesta le ridică, cu solicitările directe (rugăminți, pretenții, cerințe), cu sugestiile acestuia, (sfaturi, îndemnuri) cu imperativele (porunci, interdicții) etc.;

• sinteza proiectului personal depășește elementele diverse și disparate ale dinamizării și solicitării, realizându-se sub semnul unei sinteze și a unei libertăți intime care definește persoane în individualitatea și individuația ei;

• proiectul de acţiune susţine şi orientează comportamentul efectiv ce se realizează cu ajutorul corpului utilizat ca instrument şi se bazează pe cunoaşterea şi semnificaţiile pe care logosul uman le pune la dispoziţia subiectului;

• angajarea intr-un proiect de acţiune tensionează persoane, crescându-i coeziunea interioară, încrederea în sine, forţa şi speranţa;

• încheierea acţiunii poate aduce pe lângă satisfacţie şi insatisfacţie (în caz de eşec).»

Din perspectiva dinamic-diacronă, în afara marilor perioade bio-psiho-antropologice care ţin mai mult de cronologia exterioar ă, pot fi identificate, mai ales la vârsta adultă şi alte „perioade de viaţă" (sau parcursiuni existenţiale) pe baza unor anumite criterii de circumscriere.

VOINŢA

În figurile 1 şi 2 este redat, sintetic, locul funcţiei volitive în economia funcţiilor psihice.

INSTINCTUALITATE CURIOZITATE

AFECTIVITATE

Fig. 1: Funcțiile de cunoaștere și dinamizante – inteligența

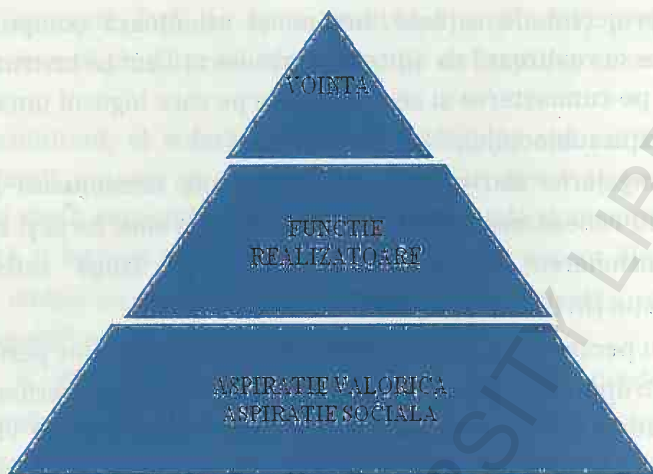


Fig. 2: Voința

Structurarea voinței implică: acțiune efectivă, expresie, angajare, decizie, comunicare. Voința ca atare, implică: deliberare, imaginare, comprehensiune, gândire, judecată.

Sănătatea psihică a persoanei adulte implică și capacitatea de autonomie, percepția, reprezentarea și înțelegerea corectă, adecvată a realității. Atât autonomia individuală cât și înțelegerea corectă a realității sunt indispensabile unei funcții volitive normale.

Rezultă că, din perspectiva funcționării psihicului, am putea defini voința ca fiind funcția psihică de sinteză care permite trecerea constientă de la o idee/ raționament la o acțiune sau inacțiune în vederea realizării unui anumit scop. Definită din perspectiva scopului, voința ar fi activitatea conștientă orientată spre realizarea unor scopuri propuse conștient.

Pe cale de consecință, voința este funcția determinantă a comportamentului uman.

Voința activă sau de suport stă la baza perseverenței, tenacității de a îndeplini un scop prin depășirea oricărui obstacol.

Capacitatea volitivă a persoanei este prezumată.

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică se demonstrează capacitatea de manifestare cu liberă voință, prin verificare cognitivă și volitivă. Verificarea volitivă înseamnă aprecierea funcției volitive în raport cu integralitatea/ normalitatea sa.

Voința normală sau modificările patologice ale acesteia sunt relaționate cu afectivitatea, cognitivitatea și tensiunea motivațională. Voința normală sau modificările patologice ale acesteia stau la baza aprecierii conceptelor de „capacitate de a se stăpâni" și „manifestare cu liberă voință".

Voința este funcția psihică analizată concluziv în expertizele medico-legale psihiatrice solicitate în spețele civile.

VOINȚA NORMALĂ ȘI CAPACITATEA DECIZIONALĂ

1. Aprecierea decizională

În vederea aprecierii decizionale trebuiesc avute în vedere următoarele aspecte:

- Problema de rezolvat;
- Percepția situațiilor reale;
- Conceptualizarea modelării acțiunii;
- Identificarea factorilor și relațiilor;
- Formularea necesităților;
- Soluționarea;
- Reacția inversă (controlul transformării deciziei în acțiunea care rezolvă problema inițială.

Specificitatea performanței decizionale implică determinarea criteriilor de decizie care precede explicații și decizii. Modelul decizional trebuie să ofere informații descriptive și normative asupra semnificației doleanței. Axioma modelului decizional este reprezentată de existența unei necesități cu privire la ce trebuie să decidă. După identificarea necesității se delimitează criteriile de decizie. A lucra cu un criteriu inadecvat este tot atât de eronat ca a răspunde la o întrebare greșită. Pe de altă parte, un criteriu poate fi bun/ corect dar să nu fie operant pentru perioada de timp vizată, posibilitate care reprezintă doar un aspect al complexității actului decizional, din perspectiva criteriilor și nu numai.

2. Complexitatea decizională

Complexitatea decizională depinde de:

- Caracterul nemăsurabil al unui obiectiv calitativ chiar dacă acesta poate fi transformat în obiectiv cantitativ;

• Multitudinea de obiective care uneori pot fi antagonice;

• Pluralitatea entităților/ împrejurărilor care pot fi implicite.

Complexitatea decizională implică:

• Ansamblarea și identificarea alternativelor obiectivelor;

• Semnificația consensului;

• Ieșirile sistemului informațional;

• Identificarea alternativelor/ caracterul posibil limitat al acestora.

Sursele complexității deciziei sunt reprezentate de orizonturi diferite de timp și de factori de risc și se datorează caracterului incomplet al cunoștințelor, fiind prezente în toate fazele proceselor decizionale.

3. Alternative decizionale

Evaluarea și compararea alternativelor pentru soluția cea mai adecvată implică:

• Procesul de evaluare, adică integrarea tuturor informațiilor desprinse din asocierea fiecărui sistem alternativ de preferințe;

• Regulile de decizie care exprimă atitudini ale decidenților în condiții de incertitudine (ex. de criterii pentru aprecierea incertitudinii: optimist, pesimist, regrete etc.);

• Dificultăți: obiective calitative dar și obiective cantitative care introduc criterii alternative de valoare, situație în care dificultățile se amplifică atunci când sunt atribute multidimensionale;

• Caracteristica procesului decizional care operează cu noțiuni realiste.

4. Decident și decizie

Decidentul nu este o categorie omogenă deoarece în fața incertitudinilor și complexității persoana acționează diferit iar practica arborelui decizional este în afara teoriei jocurilor.

A decide implică și reprezentarea comportamentului viitor = „dacă... atunci". Capacitatea perfectă a decidenților ar fi reprezentată de principiile raționalității perfecte prin accederea la informații perfecte sau pertinente pentru rezolvarea problemei, evidența integrală a tuturor alternativelor posibile, identificarea tuturor consecințelor, a tuturor alternativelor perfecte. Dar perfecțiunea este

o noțiune abstractă. În realitate, ca în orice alt domeniu, decidentul trebuie să găsească soluția cea mai adecvată scopului inițial.

Componentele deciziei vizează enumerarea strategiilor, previzionarea situațiilor probabile precum şi consecințele acțiunii sau inacțiunii. Deciziile în condiții de certitudine apar atunci când există o singură certitudine (ex. beneficiu, răsplată). Deciziile în condiții de risc implică modelul riscului (identificarea soluțiilor alternative, previziunea, probabilitatea, selecționarea acțiunii). Criteriul maximal al deciziilor în condiții de incertitudine este reprezentat de soluția și acțiunea care e cea mai bună (decizie complet optimistă). Probabilitățile personale sunt utilizate în condiții de incertitudine, în situații în care decidentul, deși nu dispune de o informație completă, ci numai de experiența proprie, doreşte, totuși, să acționeze pe baza celei mai bune judecăți posibile.

VOINȚA NORMALĂ – PERSPECTIVĂ PSIHIATRICĂ, PSIHOLOGICĂ, MEDICO-LEGALĂ ȘI JURIDICĂ

1. Substratul biologic al voinței

Voința, ca aspect regulator al conştiinței, are natură reflex condiționată. Pe baza legăturii nervoase temporare se statornicesc şi se consolidează cele mai variate asociații și sistemele lor, ceea ce, la rândul său, creează condiții pentru orientarea spre un anumit scop a comportării. Creierul primeşte în permanență date despre ceea ce se înfăptuieşte la fiecare moment dat. Aceste date se includ imediat în programa de acțiuni deja elaborată. Dacă acțiunile sunt în corelație cu programul trasat din timp, nu se introduc nici un fel de schimbări în decursul acțiunii. Dacă, însă, sosesc date ce nu corespund programului creat în scoarța cerebrală, atunci se schimbă fie activitatea practică, fie programul prealabil. Acest mecanism specific de confruntare supraveghează corespondența dintre program şi acțiune.

O importanță deosebită în înfăptuirea reglării volitive o au lobii frontali ai scoarței cerebrale. Lezarea lobilor frontali duce, de regulă, la deficit volitiv. Natura reflexă a reglării volitive a comportamentului presupune, crearea în scoarța cerebrală a focarului excitabilității optime, focar de lucru la nivelul scoarței. Focarul excitabilității optime, însă, poate fi provocat nu numai de excitantul care acționează în

momentul respectiv, el putându-se forma şi pe baza influenţelor căpătate mai înainte.

Ca urmare, imaginile, gândurile sunt purtătorii scopului acţiunii şi sunt legate de focarul excitabilităţii optime, care este o parte a mecanis-mului fiziologic al reglării volitive.

O importanţă deosebită o are formaţiunea reticulară în cadrul mecanismului general al reglării volitive a comportamentului deoarece informaţia reticulară este un filtru, care selectează unele impulsuri ce duc la scoarţă precum şi pe cele care nu au o importanţă vitală. Formaţiunea reticulară constituie un fel de acumulator şi panou de comandă în ceea ce priveşte asigurarea activitatii scoarţei.

Mecanismul anticipării acţiunii reale este mai bun la om, decât la animale, deoarece funcţionează optim sistemul asociaţiilor pe baza excitantului minim (în acelaşi timp şi mai îndepărtat după conţinut) precum cuvântul, obiectul, însuşirea excitantului etc.;

Comportamentul dirijat în mod conştient este un rezultat al interacţiunii multor procese fiziologice cerebrale extrem de complicate, precum şi al influenţei mediului înconjurător.

2. Analiza acţiunii volitive complicate

Voinţa omului se manifestă în acţiuni şi fapte realizate cu un scop trasat din timp. Acţiunile volitive se caracterizează prin prezenţa scopului, precum şi a obstacolelor, greutăţilor, prin prezenta a unui fel de încordări, trăite în cursul realizării lor. Se disting acţiuni volitive simple şi complicate.

Acţiunile volitive simple, de regulă, au două verigi, precizarea scopului şi realizarea, care urmează una după alta, fără verigi intermediare.

În acţiunea volitivă complicată sunt trei verigi – conştientizarea scopului, planificarea şi realizarea.

Conştientizarea scopului este condiţionată de faptul că necesitatea este inclusă insuficient în sistemul de cunoştinţe ale omului. Dorinţa reprezintă conţinutul ideal al necesităţii şi este motiv pentru acţiune. Nu orice cunoaştere se transformă în dorinţă, însă orice dorinţă este o cunoaştere. Înainte ca dorinţa să se transforme într-un motiv nemijlocit al comportamentului, iar apoi în scop, este apreciată de către om. În cursul aprecierii se aduc argumente „pro" şi „contra".

O dată conştientizat scopul se planifică acţiunea. În contextul expus, în lupta motivelor, se manifestă într-o mare măsură voinţa omului, însă aceasta nu e indiciul lui exclusiv. În cursul luptei motivelor se conturează scopul activităţii, ceea ce se exprimă definitiv prin luarea deciziei. A lua decizia înseamnă a delimita o dorinţă de altele şi, astfel, a crea chipul ideal al scopului. Decizia luată se conturează de obicei într-o frază concisă „Voi proceda aşa” , „am hotărât: procedez aşa” etc.. Inerent, se schiţează căile şi mijloacele prin care se poate ajunge la scopul hotărât.

După conştientizarea scopului şi planificarea acţiunii (cu trasarea direcţiilor de rezolvare a problemei) urmează realizarea acesteia. Realizarea practică a scopului schiţat este legată de învingerea piedicilor. Piedicile pot fi create de obiecte, procese materiale, oameni, timp, spaţiu. Odată cu aceasta pot apărea piedici de ordin personal, ca oboseala, boala, insuficienţa cunoştinţelor, a deprinderilor. Piedicile sunt de ordin exterior şi interior, reflectându-se în conştiinţă şi generează încordare. Situaţia conflictuală (în realitate sau în starea subiectivă a omului) se soluţionează fie prin mişcarea consecutivă spre scop cu menţinerea efortului volitiv, fie prin renunţarea la activitatea practică, renunţarea la efortul volitiv, iar în ultimă instanţă abandonarea scopului. Renunţarea la activitatea practică nu este întotdeauna un criteriu al lipsei de voinţă a personalităţii. Astfel, dacă apar motive serioase ca persoana să-şi abandoneze scopul nu înseamnă că este deficitar volitiv. Deficitul volitiv apare atunci când persoana încetează realizarea acţiunii planificate (în vederea îndeplinirii scopului) din cauza apariţiei – în mod intempestiv – a nedorinţei, a incapacităţii de a face faţă încordării apărute sau îşi opreşte activitatea practică fără vreun motiv destul de serios.

Actul volitiv se produce la o încordare mai mare sau mai mică, denumită efort volitiv.

Psihologic, intensitatea efortului volitiv, stabilitatea lui depind de un şir de circumstanţe. Pentru a analiza funcţia volitivă, trebuie să ne orientăm, în primul rând, asupra concepţiei despre lume, orientării personalităţii şi asupra semnificaţiei sociale a sarcinilor pe care ea le realizează. Legătura dintre aceste elemente cu efortul volitiv este directă. Rezultă că voinţa este un factor important al stabilităţii morale a personalităţii.

Reglarea conştientă şi menţinerea efortului volitiv se înfăptuieşte cu ajutorul vorbirii – exterioare şi interioare. Astfel,

analiza acțiunii volitive complicate demonstrează că primele două verigi (conștientizare, planificare) sunt pregătitoare. La formarea programelor de acțiune participă multe procese psihice, cel mai important fiind gândirea.

Partea executivă a acțiunii volitive este legată de aptitudinile şi deprinderile organizatorice. Priceperea ca din proprie inițiativă să schițeze scopuri, să găsească căi de realizare a lor și să realizeze practic deciziile luate, se numeşte independență, independența fiind o însușire volitivă a personalității. Persoana independentă se manifesta cu „liberă voință", în sensul:

• Fără ajutorul cuiva, identifică situația problematică și pornind de la ea formulează scopul;

• Omul nu aşteaptă sugestii, indicații de la alți oameni;

• El își apără activ punctul său de vedere, interpretarea proprie a problemei, scopului și căilor de realizare a ei;

• El este convins de justețea deciziei pe care o ia și luptă pentru realizarea ei, depăşind obstacolele.

La fiecare om sunt reprezentate toate însuşirile volitive ale personalității, insă ele au un nivel diferit de dezvoltare.

Sintetizând, fazele principale ale procesului volitiv sunt: formularea scopului, lupta motivelor, adoptarea motivelor şi executia (indeplinirea) acțiunii.

Din perspectivă psihopatologică, V. Predescu și G. Ionescu (1989) definesc voința ca fiind „funcția psihică prin care se realizează trecerea conștientă de la o idee sau de la un raționament la o activitate sau la inhibiția unei activități, în vederea realizării unui anumit scop" și care „caracterizează forma socială determinată a comportamentului uman".

TULBURĂRILE DE VOINȚĂ

Disbuliile (termen propus de V. Predescu și G. Ionescu – 1989) reprezintă tulburări volitive nespecifice, secundare unor motivații insuficiente sau aberante, a unor tulburări cognitive sau a hipotimiei.

1. Hiperbulia

Se întâlneşte la omul normal și în patologie (rar). Se întâlneşte rar în patologie (patologia psihică și somatic dezorganizează suportul motivațional) – de altfel nu este o reală hiperbulie (tabel nr. 1).

Tabel nr. 1 – Hiperbulia în normalitate și psihopatologie

NORMALITATE	PATOLOGIE OBSESIVO – FOBICĂ	TOXICOMANII	TULBURĂRI DELIRANTE PERSISTENTE
Constituțional (temperament) + achiziție social istorică	Etiopatogenic Caracteristic: norme rigide	Etiopatogenic	Etiopatogenic
Fermitate, tenacitate – fără efort epuizant	Efort volitiv continuu de eliberare de sub tirania ideilor, tendințelor, acțiunilor obsesive	Efort unidirecționat și selectiv (pentru procurarea drogurilor)	Efort motivat aberant, delirant
	Nu este o hiperbulie reală	Evoluează pe fond hipobulic	Sacrifică spiritul de conservare

2. Hipobulia

Hipobulia înseamnă scăderea forței volitive (și nu ezitare, indecizie). Se întâlnește în întreaga psihopatologie psihiatrică (exceptând situațiile menționate mai sus. (tabel nr.2).

Tabel nr. 2 – Hipobulii

PATOLOGIE	MECANISME
Patologie nevrotică	Astenia, iritabilitatea, anxietatea, acuzele somatic – împiedică efortul volitiv
Traumatismele cranio-cerebrale	Afectate structurile cerebrale care stau la baza funcțiilor psihice; face parte din simptomatologia reactivă.
Toxicomanii	Scăderea efortului volitiv este globală; este cauza eșecului tratamentului.
Tulburările expansive	Consecința instabilității și agitației psihomotorii
Tulburările hipotimice	Face parte din tabloul clinic.
Spectrul schizofreniei	Dezinteres față de lumea reală, disociere ideoafectivă.
Tulburări de personalitate	Insuficiență volițională cauză și effect al instabilității.
Deficit cognitiv	Dezvoltare sau pierdere cognitivă.

Caracteristica hipobuliei este aceea că realizarea unei acțiuni ușoare implică un efort imposibil de depășit. Hipobulicul știe ce are de făcut dar nu poate.

În aprecierea hipobuliei trebuie luat în considerație diferența dintre aspectul obișnuit al acțiunii (care se poate îndeplini și automat) de acțiunile noi care nu pot fi îndeplinite deoarece implică un plus de efort volitiv.

3. Tulburări dominant calitative

3.1. Disabulia este caracterizată prin faptul că bolnavul (de regulă perplex) nu poate iniția sau finaliza acțiunea sau nu poate trece de la o acțiune la alta.

3.2. Parabulia reprezintă o insuficiență voliționalǎ determinate de pulsiuni, acte (ex.: ticuri) și se întâlnește frecvent în schizofrenie.

3.3. Impulsivitatea este o insuficiență a voinței pasive ce conduce la deficit frenatoriu. Este determinată de dezechilibrul dintre tendințele impulsive și controlul voluntar. Poate apare în afara patologiei (temperament coleric, situații conflictuale). În situații conflictuale percepute ca fiind „grave" pot apare scurtcircuite exprimate prin impulsivitate.

3.4. Raptusurile sunt frecvente în patologia de intensitate psihotică când pot antrena comportamente antisociale. În patologia hipertimă întâlnim „mania coleroasă" (transformarea unei stări afectiv-pozitive în stări afectiv-negative), situație în care bolnavii izbucnesc într-o stare de furie imposibil de stăpânit, spărgând, lovind și foarte rar ucigând (deși nu au avut această intenție). În raptusul melancolic (rar), bolnavii (în stare afectiv-negativă cu sau fără simptome psihotice), la incitații minore se pot automutila, sinucide sau chiar ucide. În raptusurile bolnavilor schizofreni este implicată disocierea unității psihice, tocirea sau ambivalența afectivă; raptusurile (ca acte suicidare sau omoruri) sunt incomprehensibile, bizare.

MANIFESTAREA CU LIBERĂ VOINȚĂ

Sintagma „manifestare cu liberă voință" este uzitată în juristprudență, considerându-se că la baza deficitului/ inabilității exercitării drepturilor și îndatoririlor ce-i revin persoanei trebuie să stea libertatea de manifestare a forțelor volitive. Se iau în considerare

sugestionabilitatea (printre altele), influențabilitatea, manipularea precum și relația manipulant – manipulat.

Din perspectivă psihopatologică trebuie identificat substratul patologic care a determinat, pacientul expertizat, să fie sugestionat/ influențat/ manipulat (dincolo de limitele normalității sociale acceptate), în detrimentul său ori al societății.

Analiza funcției volitive, din această perspectivă, este foarte importantă în expertizarea medico-legală psihiatrică, mai ales în spețele civile (când ne referim la competențe psihice specifice) unde verificarea medicală este dublă, cognitivă și volitivă (cu precizarea că voința fiind o funcție psihică de sinteză, are și un substrat cognitiv.

COMPETENȚE PSIHICE SPECIFICE ÎN SPEȚELE CIVILE

1. Definiții

Competența psihică specifică este un atribut al capacitatii psihice a persoanei, relationat cu un context bine precizat, pentru un moment specificat. Reprezintă abilitatea de a exercita o funcție/ o deprindere/ o obligație într-un scop legal bine precizat, la un moment anume. Din perspectivă juridică, capacitatea de exercițiu a persoanei fizice este acea parte a capacității civile a omului care constă în aptitudinea acestuia de a dobândi şi exercita drepturi civile şi de a-şi asuma şi executa obligații civile, prin încheierea de acte juridice civile și este reglementată prin acte normative. Din perspectivă psihiatrică, competență civilă specifică se raportează la noțiunea juridică de capacitate de exercițiu.

Din perspectiva psihiatriei medico-legale, în acord cu juristprudența, competența psihică specifică, la fel ca discernământul, au și coordonate predictive, prin analiza consecințelor.

Astfel, înțelegem capacitatea psihică a persoanei de a aprecia critic conținutul și consecințele social-juridice ce decurg din acțiunea (efectuată sau care urmează a fi efectuată) de exercitare a drepturilor și obligațiilor civile (în timp ce discernământul se referă la capacitatea psihică a persoanei de a aprecia critic conținutul și consecințele social – negative ce decurg din acțiunea deja efectuată, acțiune prevăzută și pedepsită de Codul penal) (tabel nr. 3). Competența psihică specifică precizează competența în raport cu o cauză bine precizată, prevăzută

de Codul Civil ce implică exercitarea drepturilor sau obligațiilor civile prevăzute legal, la un moment dat specificat.

Tabel Nr. 3 – Discernământ – competență psihică specifică

CARACTERISTICĂ	DISCERNĂMÂNT	COMPETENȚĂ PSIHICĂ
Referire juridică	Cauze penale	Cauze civile
Acțiunea	Deja efectuată – prevăzută și pedepsită; rar prezentă	Deja efectuată sau viitoare; nepedepsită prin lege
Consecințe	Social-negative (privind societatea în general) – coordonate macrosociale și microsociale	Social-juridice (privind pe sine însuși, grupul apartenent și grupuri adiacente celui apartenent) – coordonate microsociale
Componentă psihică principală de evaluat	Comportamentul exteriorizat	Voința, incluzând capacitatea decizională și finalizarea acțiunii
Principii etice	Norme sociale specifice fiecărei țări; primează prevederile legale din legile fundamentale (constituție, coduri)	Voința incluzând abilitățile decizionale; primează individul: beneficiul și autonomia decidentului
Capacitatea psihică	Prezumat păstrată	Prezumat păstrată
Gradare	Păstrat, scăzut, absent (uneori se poate nuanța ușor scăzut sau mult scăzut – dar nu este operațional)	Păstrată sau absentă
Se demonstrează	Diminuarea sau absența	Absența
Incadrare juridică obligatoriu prin expertiză	Pruncucidere	Interdicție

Atât aprecierea privind discernământul cât și cea privind competența specifică nu se extrapolează la altă situație juridică sau la alt moment în afara celor menționate în cauza în care s-a solicitat expertiza.

Discernământul și competența specifică nu se relaționează pentru același moment (ex. la un anumit moment, un pacient poate avea discernământ absent într-o cauză penală și să fie competent psihic de a întocmi acte notariale). Deasemenea mai trebuie să reținem:

• o persoană poate avea o tulburare psihică fără a avea, la un moment dat și într-o situație juridică bine precizată, modificate capacitatea psihică specifică sau discernământul.

• o persoană se poate afla într-o condiție somatică sau/ și psihologică care afectează capacitatea decizională și/ sau capacitatea de îndeplinire a deciziei, fără ca această modificare să fie circumscrisă sindromologic în taxonomia psihiatrică.

Subliniem:

• o persoană poate sa aibă o tulburare psihică și să rămână competentă;

• starea de vigilitate (conștiență păstrată la nivel elementar) este o condiție obligatorie pentru a aprecia competența psihică specifică păstrată dar nu suficientă.

• evaluarea trebuie să urmărească permanent aspectele legate de sugestionare, influențabilitate, manipulare precum și raporturile manipulat – manipulator;

• capacitatea psihică scăzută implică absența competenței;

• competența (inclusiv competența psihică specifică) există sau nu.

La evaluarea cu privire la competențele psihice specifice „trebuie să se ia în considerare anumite abilități decizionale, simptomatologia psihiatrică, semnele de deteriorare cognitivă și riscurile, toate aceste aspecte fiind cântărite prin prisma principiilor etice: beneficiență și autonomie" (Laura Ghebaur, 2012).

Evaluarea impune verificare cognitivă și volitivă.

2. Competența psihică specifică de a contracta

Competența psihică specifică de a contracta se referă la capacitatea psihică de a contracta, capacitatea psihică de a întocmi acte civile bilaterale (frecvent acte de vânzare – cumpărare). Dacă una dintre persoanele care au semnat un contract prezintă o tulburare psihică ce implică patologie psihiatrică pe linia cognitiv-volitivă, atunci este posibil că acea persoană nu poate înțelege aspectele sau implicațiile importante ale contractului, nu poate aprecia critic conținutul și consecințele social-juridice ale respectivului act civil și este posibil să nu aibă competența psihică de a contracta și de a semna actul respectiv.

Trebuie urmărit dacă:

• pacientul cunoaşte calitativ şi cantitativ obiectul contractual;

• pacientul acţionează în propriul beneficiu.

În consecinţă, pentru aceste expertize, psihiatrul are următoarele sarcini:

• delimitează condiţia psihiatrică/ somatică care poate determina incapacitatea psihică la momentul precizat şi în raport cu actul contractual care face obiectul speţei;

• apreciază condiţia psihologică implicată în deficitul de înţelegere;

• demonstrează incompetenţa deoarece competenţa este prezumată.

3. Competenţa psihică specifică de a testa

Competenţa psihică specifică de a testa se referă la capacitatea psihica de a testa, de către persoana care întocmeşte un testament.

Se urmăreşte dacă la data semnării testamentului, testatorul era capabil de a întelege, fără ajutor din afară, natura actului, natura şi cantitatea proprietăţilor sale, existenţa subiecţilor natural – rezervatari ai moştenirii sale şi pretenţiile acestora faţă de testator.

Pentru aceste expertize, psihiatrul:

• delimitează condiţia psihiatrică/ somatică care poate determina incapacitatea psihică la momentul precizat şi în raport cu testamentul analizat;

• apreciază condiţia psihologică implicată în deficitul de înţelegere.

4. Anularea căsătoriei

Comform prevederilor legale, căsătoria poate fi anulată dacă una dintre părţi este incapacitată din cauza unei tulburari psihice, astfel încât să nu înţeleagă, în limite rezonabile natura şi consecinţele, adică consecinţele consimţământului la căsătorie.

Pentru acest tip de expertize, psihiatrul delimitează condiţia psihiatrică/ somatică care poate determina incapacitatea psihică la momentul precizat şi în raport cu căsătoria (incompetenţa de a se căsători datorită stării de boală).

5. Interdicția

Instituția interdicției vizează apărarea persoanei incapacitate psihic. Interdicția este dispusă prin hotărîre judecătorească, hotărâre ce nu se poate exprima fără expertiză medico-legală psihiatrică. Pacientul poate să nu aibă capacitate psihică de a decide informat asupra drepturilor şi obligatiilor civile ce îi revin/ să nu aibă capacitatea psihică de a se autoconduce și, implicit, nu are competența psihică de a decide în propriul beneficiu, de a-și conduce propriile afaceri. În această situație se recomandă punerea sub interdicție.

6. Aprecierea competenței psihice specifice în alte cauze:

Aprecierea competenței psihice specifice în alte cauze civile pornește de la tipul de cauză, de la particularitățile acesteia și de la ceea ce se cere, teoretic, de la persoana expertizată. Mai întâlnite în practica de expertiză medico-legală psihiatrică sunt încredințarea de minori (capacitatea psihică de a îngriji minori), decăderea din drepturile părintești, capacitatea psihică de a fi tutore etc. Modelul de expertizare/ abordare este similar, dar diferă, în analiză, ponderea unei funcții sau alta. Precizăm că nu orice bolnav psihic (chiar cu patologie înscrisă în grupa „endogeniilor") este incapabil de a crește și educa copii, de a-și îndeplini sarcinile care-i revin ca părinte/ tutore.

În final, precizăm că termenul de competență psihică specifică a fost introdus în text de lege.

În conformitate cu art. 211 din Legea 71/2011 privind Legea de punere în aplicare a noului Cod Civil, prin care s-a armonizat terminologia ştiinţifică actuală cu noţiuni perimate, cuprinse încă în unele articole, chiar şi ale noului Cod Civil, expertiza medico-legală psihiatrică va opera cu notiunea de competența psihică specifică fiecărui tip de cauză civilă, în sensul că prin competență psihică se înțelege capacitatea persoanei de a aprecia critic și predictiv consecințele social-juridice care decurg din exercitarea drepturilor şi obligaţiilor civile. Sintagma de competență psihică înlocuieşte termenul „discernământ", care este specific numai cauzelor penale, şi care reprezintă capacitatea persoanei de a aprecia critic conținutul și consecințele social-negative ale faptei comise.

PATOLOGIA PSIHOORGANICĂ ÎN PRACTICA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Valentin Gheorghiu, George Talău, Gabriela Costea

INTRODUCERE

Sindromul organic cerebral include acele tulburări psihiatrice care sunt cauzate de boli sau disfuncții cerebrale.

În contextul ICD-10 termenul „organic" este atribuit unei suferințe psihice ce se află în relație cu un diagnostic cerebral independent ori cu o boală sistemică cu care există o asociere temporală clară. Domeniul expertal cel mai frecvent întâlnit este cel legat de dreptul civil.

Expertiza medico-legală psihiatrică trebuie să includă un plus de acuratețe care să vizeze și interesele terților iar expertul nu trebuie să uite că, datorită condiței somatice concomitente, trebuie să acționeze ca un medic, normele etice fiind obligatorii și din această perspectivă.

Psihoza organică este suspectată când există un deficit neurologic care alterează statusul mental, constând în alterarea conștienței sau nivele fluctuante de conștiență, tulburări de memorie, vizuale, olfactive, tulburări sfincteriene etc. Sindromul psihoorganic deteriorativ cerebral sugerează și reflectă, în mod magistral, unitatea organismului uman și homeostazia sa. Trebuie spus că specializarea medicală, neașezată pe o temelie care să fundamenteze întregul uman, duce la incompetență profesională. Din această perspectivă psihiatria, neurologia, neurochirurgia, endocrinologia, domeniul bolilor metabolice și imunologia rămân discipline surori.

CONDIȚII SOMATICE CU INTRICARE FRECVENTĂ A UNOR CONDIȚII PSIHIATRICE

1. Halucinațiile vizuale

Halucinațiile vizuale pot fi atribuite și condițiilor somatice de tipul: tulburări oculare (degenerescență maculară, cataractă), tulburări de nerv optic (tumori), leziuni cerebrale (AVC), migrenă, narcolepsie, boală Alzheimer, drogodependență, sevraj, boală Parkinson, encefalopatii metabolice, schizofrenie, depresie, manie, demență Pick, demență Huntington, neurosifilis, demență cu corpi Lewy

2. Mania sau hipomania

Mania sau hipomania poate fi asociată cu tulburări neurologice (Stroke), cel mai frecvent cu leziuni în emisfera cerebrală dreaptă la pacienți cu istoric familial de tulburări psihiatrice, cu Boala Parkinson, după terapie dopaminergică, Boala Huntington, traumatisme cranio-cerebrale, calcifiere idiopatică la nivelul ganglionilor bazali, epilepsie, demențe fronto-temporale, paralizie generală progresivă (encefalită sifilitică).

3. Depresia

Weissman (1996) constată că cel mai important factor predictiv al depresiei este „percepția modului în care individul este ajutat de societate". Tocmai această percepție privind suportul social influențează modalitatea în care fiecare individ se valorizează, din punctul de vedere al adaptabilității, la o manieră convenabilă, de natură a permite să se manifeste cu liberă voință, să-și exercite drepturile și obligațiile civile fără nici o constrângere. O modificare negativă a acestei percepții poate conduce la deficit volitiv care să conducă, la un moment dat, la punerea în discuție a competenței psihice specifice. Mai mult, tulburările depresive se pot asocia cu comportamente impulsiv-agresive ce pot fi determinate, în anumite cazuri, de disfuncția sistemului serotoninergic iar în alte cazuri (la nonresponsivii la activatorii serotoninergici sau la cei la care agresivitatea se agravează) de sistemul dopaminergic sau glutaminergic. Depresia se asociază frecvent cu modificări ale structurilor cerebrale (diminuarea volumului hipocampului, a

cortexului frontal și a cortexului cingulat anterior). În funcție de afectarea, în diferite grade, a sistemelor neurobiochimice, sunt afectate structural cortexul frontal, amigdala, hipocampul, cortexul cingulat anterior, nucleul striat, nucleul caudat, putamenul, nucleii rapheului dorsal, aria tegumentului ventral și locus ceruleus. Studii adecvate au demonstrat că la victima secundară (persoana care a fost martoră la accidentarea mortală/ omorul unei persoane apropiate) apar modificări la nivelul amigdalei. Depresia prin deficit de serotonină este caracterizată (printre altele) prin ostilitate, risc suicidar, impulsivitate, hetero- și autoagresivitate, tendințe toxicofile, antecedente colaterale de depresie, alcoolism, sindrom Down, demență Alzheimer. Dintre caracteristicile depresiei prin deficit de dopamină reținem alexitimia, risc suicidar înalt, antecedente heredocolaterale pozitive pentru boală Parkinson, demență Alzheimer, demența cu crepusculi Lewi, sindromul ADHD. La depresia prin deficit de noradrenalină întâlnim tulburări de memorie și atenție, pierderea stării de alertă, antecedente heredocolaterale pozitive pentru sindromul ADHD, anxietate și atacuri de panică. Depresia se asociază cu numeroase afecțiuni somatice, în unele cazuri mecanismele etiopatogenice decelabile putând fi comune sau se potențează negative. Rezultă necesitatea unei examinări clinice corecte (în cadrul activității de expertiză medico-legală psihiatrică) deoarece, neținând seama de posibilul substrat neurobiologic cu sau fără agravare prin comorbiditate somatic, se poate aprecia eronat incompetența psihică specifică în cauzele civile, mai ales în expertizele „pe acte".

Depresia este, de la caz la caz, simptom sau sindrom. Ca simptom este deosebit de frecventă în cadrul patologiei somatice. Reținem câteva condiții somatice care au devenit, în prezent, mai frecvente în practica medicală generală: boli hematologice (deficiența de fier), boli neoplazice (carcinomatoze, metastaze diseminată, metabolice (insuficiența renală), boli endocrine (hipertiroidismul), boli neurologice (tumori intracraniene), boli infecțioase (mononucleoza infecțioasă), terapii medicamentoase (ex. diuretice).

Din perspectivă medico-legală psihiatrică pentru depresie în comorbiditate cu alte boli somatice trebuie să amintim:

Comorbiditatea cu afecțiunile cardiovasculare

Cu acest tip de comorbiditate ne întâlnim mai frecvent în cauzele civile și la examinări psihiatrice din cadrul altor lucrări medico-legale. Principalele comorbidități cu afecțiunile vasculare sunt hipertensiunea arterial, cardiopatia ischemică și boala coronariană.

Comorbiditatea cu hipertensiunea arterială

Această comorbiditate poate conduce la moarte prematură prin următorul mecanism: depresia poate activa factori proinflamatori (care conduce la disfuncție endotelială → hipercoagulabilitate → boală coronariană/ infarct miocardic → aritmie cardiacă responsabilă de moarte prematură) și poate determina hiperactivitate HPA (care conduce la hipercortizolemie → diabet zaharat → boala vaselor mici – *small vessel disease* → moarte prematură).

Comorbiditatea depresie – hipertensiune arterială reprezintă risc pentru anumite modificări structural cerebrale, fără manifestare clinică evidentă dar care afectează creșterea disfuncției cognitive. Cele mai frecvente disfuncții sunt microhemoragiile (*microbleed*), constatate mai frecvent în zona cerebeloasă (explică disconectivitatea cortico-talamo-cerebeloasă și disfuncția cognitivă) și în zona ganglionilor bazali (posibilă disfuncție dopaminergică). La depresivi se mai poate întâlni modificare funcțională la nivelul scoarței albe, observabilă neuroimagistic prin delimitarea hipersintensităților (*white matter hyperintensities* – WMH). Declinul cognitiv mai poate fi anticipat de rigiditatea arterială periferică (constatată prin creșterea presiunii pulsului – *pulse pressure*/PP – și a amplitudinii undei de puls – *wave velocity*/ PWV . Declinul cognitiv datorat în principal de acest mecanism va debuta cu diminuarea memoriei verbale și nonverbale, a memoriei de lucru, a atenției și a capacităților de noi achiziții. Fenomenologia se ampifică cu înaintarea în vârstă sau prin utilizarea excesivă a terapiilor medicamentoase pentru comorbiditățile somatice asociate (Waldstein, 2008).

Comorbiditatea depresie – boală ischemică și boală coronariană intrică și *„life style"*, structura personalității, gestionarea stresului și distresului (mecanismele de coping), comportamentul de risc. La evaluarea acestei comorbidități se au în vedere următoarele repere:

• Elementele neurobiologice ale depresiei: hiperactivitatea axei HPA, disfuncția serotoninergică (creșterea nivelului serotoninergic plachetar cu risc microembolic), creșterea transmisiei acetil-colinergice, dezechilibrul sistemelor simpatico– și parasimpa-ticomimetic);

• Creșterea nivelelor citokinelor;

• Efecte adverse ale medicației psihotrope, hipocoleste-rolemiante, betablocante, antiaritmice și trombolitice;

• relația asociere depresie – stres/ distres cu hipercor-tizolemie și hiperactivitate noradrenergică ce poate conduce la dislipidemie, hipertensiune arterial, retenție de NaCl și la spasm arterial la nivel coronarian și în teritoriul arteriolar de la nivelul rinichiului. (adaptare după Dragoș Marinescu și Tudor Udriștoiu, 2012).

Reținem că în ceea ce privește insuficiența cardiacă, criteriile de evoluție clasificate de NYHA (New York Heart Association) depresia sau factorii comportamentali nu sunt incluși dar, cel puțin pentru primele 2 stadii este necesară o evaluare atentă psihiatrică prin screening specific (în celelalte 2 stadii, posibilele simptome depresive sunt, de regulă, clinic manifeste). De asemenea, nu trebuie uitat că depresia este un factor de risc independent pentru insuficiența cardiacă.

În contextul fundalului comun, fiziopatologic și biologic, al depresiei și al patologiei cardiovasculare (modificări de ritm cardiac cu consecința deficitului irigării cerebrale, modificări ale reglării sistemului autonom vegetative, factori endoteliali de risc, dezechilibru hormonal – la femei, modificarea axei HPA cu hipercortizolemie, factori de distres cu pierderea statutului socio-profesional și economic etc.) relația frecventă dintre aceste două entități patologice este de tip feecback (depresie – patologie cardiovasculară – depresie)

Comorbiditatea depresie – boli cerebrovasculare și *stroke*

Printre factorii de risc pentru stroke sunt enumerați patologia cardiovasculară și dismetoboliile lipidice, care al rândul lor sunt în relații diverse de comorbiditate cu depresia.

Relația depresie – stroke – mortalitate poate fi schematizată astfel (adaptare după Dragoș Marinescu și Tudor Udriștoiu, 2012):

• Atât depresia, ca atare, cât și depresia post stroke, pe fondul intervenției factorilor genetici și comportamentali – în condiții de stres social pot conduce la disfuncție endotelială. Depresia în remisiune incompletă și disfuncția endotelială pot conduce la comorbidități cardiovasculare, iar comorbiditățile cardiovasculare pot conduce la insuficiență cardiacă.

• Disfuncția endotelială și comorbiditatea cardiovasculară pot conduce la stroke. Depresia post-stroke, poate determina un nou stroke.

• Stroke și depresia post-stroke determină dizabilități cognitive, motorii și senzoriale.

• Dizabilitățile cognitive, motorii și senzoriale conduc la deficite cognitive (Mild Cognitive Impairement – MCI) și demență.

• Atât stroke ca atare cât și insuficiența cardiacă și demența conduc la deces.

Alt aspect de gravitate al comorbidității depresie – boli somatice cerebrovasculare este reprezentat de asocierea cu migrena, care are un suport biologic comun cu depresia și anxietatea. Disfuncționalitățile la nivelul neurotransmițătorilor se concretizează prin scăderea nivelului de serotonină și hiperactivitate dopaminergică și la nivelul sistemelor endorfinice. Apariția migrenei ca asociată depresiei reprezintă un indicator important de predicție a riscului pentru stroke ischemic (Dragoș Marinescu, 2012).

Recunoașterea precoce a depresiei și a factorilor de risc pentru stroke este importantă în contextul monitorizării tratamentelor obligatorii (prevăzute legal), asigurării asistenței medicale din penitenciare precum și în cadrul examinărilor psihiatrice în alte lucrări medico-legale și a activității de expertiză medico-legală psihiatrică în cauzele civile.

Comorbiditatea depresie – boli oncologice

Prevalența depresiei în bolile oncologice este foarte înaltă, atât ca „prim simptom" la o patologie nediagnosticată cât și prin corelare directă datorită distresului provocat de aflarea diagnosticului (cu grad înalt de severitate). Astfel, tulburarea depresivă, prin scăderea capacității imunitare (mecanisme ce implică citokinele, în sensul că o creștere a citokinelor produce o creștere a activității sistemului

serotoninergic ce la rândul ei determină hiperprolactinemia cu consecința afectării imunității celulare și a echilibrului funcțiilor imunitare) favorizează neoplasmul și bolile infecțioase. Corelarea depresie – boală neoplazică și mecanismele imunitare se poate descrie astfel:

a) Mecanismele genetice (pe linia modificărilor AND) se pot corela cu neoplasmul și cu depresia (depresie plus sau minus înaintare în vârstă);

b) Atât neoplasmul cât și depresia (depresie plus sau minus înaintare în vârstă) intră în mecanisme tip feed-back cu mecanismele imunitare și neuroendocrine (dereglarea raportului funcțional dintre sistemele simpatic și parasimpatic, activarea axei HPA, dezechilibre la nivelul citokinelor etc.);

c) Neoplasmul reprezintă factor de distres major (indus de boală și/ sau de medicație);

d) Atât depresia ca atare cât și cea corelată cu neoplasmul pot conduce la anomalii cerebrale cu sau fără condiționări sociale;

Tratamentul depresiei determină o certă îmbunătățire a calității vieții bolnavilor canceroși dar trebuie bine monitorizat.

Comorbiditatea depresie – boli hepatice

Cea mai frecventă asociere o întâlnim în cazul hepatitei cronice de tip C și se întâlnește în toate ipostazele:

- în condițiile subdiagnosticării, tabloul clinic pentru care este accesată rețeaua medical fiind constituit din depresie, anxietate, fatigabilitate, disfuncție cognitivă, insomnia;
- depresia care însoțește fazele evolutive ale bolii;
- depresia reactivă la diagnostic, exacerbată de tratamentul cu interferon și cytokine;
- depresia post transplant hepatic.

Tratamentul cu interferon și citokine trebuie monitorizat psihiatric datorită riscului suicidar.

Asocierea cu insuficiența hepatică determină tablouri clinice de interferență în funcție de evoluția encefalopatiei hepatice. Manifestările clinice intricate ale encefalopatiei hepatice se pot clasifica astfel (adaptare după Dragoș Marinescu și Tudor Udriștoiu, 2012).

– Grad I: depresie sau euforie, episoade confuzionale;
– Grad II: stare confuzională, letargie, modificări EEG;
– Grad III: delirium;
– Grad IV: comă

Din punctul de vedere al expertizei medico-legale psihiatrice ne referim la perioada de instalare a encefalopatiei hepatice, la gradul I de severitate (câteodată chiar și la gradul II) și la situația post (în situația de reușită terapeutică după gradul I), în cazurile în care trebuie stabilită competența psihică specifică (mai ales la expertizele „pe acte").

Comorbiditatea depresie – alte afecțiuni somatice

Bolile renale

Suferința renală cronică implică (în stadiile avansate) deteriorare cognitivă progresivă, până la demență și ca marker depresiv – dezinteres pentru preocupările intelectuale. Simptomele depresiei asociate celor specifice patologiei renale se potențează negativ. În ambele afecțiuni apar modificări proinflamatorii și imunitare, cu consecințele menționate.

În intoxicația uremică endogenă (cu sau fără depresie) trebuie avute în vedere (în stabilirea competenței psihice specifice) dezinteresul pentru mobilizarea evocărilor mnezice, deficitul volitiv implicit și eventualele stări confuzionale (de diferite severități).

Comorbiditatea depresie – SIDA

Tulburarea depresivă potențează negativ evoluția bolii imunodeficienței prin mecanismele proprii de afectare a sistemului imunitar. Depresia poate exista ca tablou clinic, rezistent terapeutic, în faza de nediagnosticare a SIDA dar domină disfuncțiile cognitive. Depresia postdiagnosticare este cea mai frecventă comorbiditate a SIDA, fiind însoțită de anxietate și având un risc înalt suicidar.

Cauze comune ale modificărilor câmpului de conștiență

1. Cauze comune ale deliriumului

Tulburări la nivelul SNC: Traumatisme craniene, Tumori și hematoame subdurale, abcese cerebrale, Boli degenerative, Boli

vasculare (hemoragie subarahnoidiană, tromboză, embolism), Infecții (meningite, encefalite, encefalopatia din SIDA), Epilepsie;

Tulburări metabolice: Uremia, Insuficiența hepatică, Insuficiența pulmonară, Insuficiența cardiacă congestivă, Dezechilibrul electrolitic, Acidoza/ alkaloza;

Tulburări endocrine: Hiper-/ hipotiroidism, Hiper-/ hipoglicemie, Boala Cushing, Boala Addison, boala paratiroidiană;

Deficiențe nutriționale și vitaminice: Anemia, Deficiența de tiamină, Deficiența de vitamina 12;

Infecții sistemice: Pneumonia, Septicemia, Unfecții de tract urinar;

Cauze toxice: Intoxicația cu medicamente (anticolinergice, hipnotice), intoxicația cu Alcool, metale grele, monoxid de carbon.

2. Cauze comune ale stuporului

• Hipertensiune craniană.

• Patologie focală în diencefalul posterior și mezencefalul superior (Procese tumorale – ex. craniofaringioame, Infarct cerebral, Meningite, Neurosifilis, Encefalita letargică, Demența senilă sau presenilă, Echivalențe epileptice sau fenomene postcriză.

• Patologie focală în trunchiul cerebral sau în lobii frontali anteromedial.

• Tulburări metabolice: Uremie, Hipoglicemie, Encefalo-patie hepatică, Tulburări electrolitice.

• Tulburări endocrine: Hipotiroidism, Boala Cushing, Boala Addison, Hipopituitarism, Hiperparatiroidism.

• Encefalopatia dată de deficiența de acid nicotinic.

• Abuz de substanțe: Intoxicația cu alcool, Intoxicația cu barbiturice.

• Reacții adverse ale medicației psihotrope.

• Stadii terminale ale infecțiilor.

Epilepsia

Cadrul definitoriu

Atât epilepsia ca atare cât și crizele epileptice sunt frecvent întâlnite în practica de expertiză medico-legală psihiatrică precum și în practica de medicină legală cu examinare psihiatrică (în această

ultimă situație, frecvent fiind vorba de epilepsie secundară; este frecvent implicată în simulare.

„Epilepsia" denumește un grup de tulburări funcționale cerebrale caracterizat prin crize repetitive și nu este sinonimă cu crizele epileptice. Ca boală neurologică reprezintă o „boală cronică cerebrală, cu foarte variate etiologii, care se caracterizează prin prezența unor crize epileptice recurente". (Radu Rogozea, 2004). Crizele recurente sunt favorizate de o tulburare metabolică, de o leziune a sistemului nervos, de predispoziție genetică etc.

„Epilepsia activă" caracterizează pacienții care au în antecedente (în ultimii 5 ani) cel puțin 2 crize disparate, crize ce nu au fost generate de cauze ocazionale, febră, consum de alcool etc.

„Sindromul epileptic" se caracterizează prin particularități aproape constante în ceea ce privește vârsta de debut, tipul de criză, etiologia, modificările EEG, modificările anatomo-funcționale implicate, răspunsul la tratament, prognosticul etc.

Crizele epileptice, izolate, nerepetitive reprezintă simptome tranzitorii în cadrul altor afecțiuni. Criza epileptică reprezintă o „descărcare paroxistică anormală a neuronilor cerebrali care implică o depolarizare haotică a acestora și propagarea descărcării la teritorii mai mult sau mai puțin extinse din creier determinând modificări motorii, senzitivo-senzoriale, comportamentale, emoționale și EEG" (Radu Rogozea, 2004). Criza epileptică este, cu alte cuvinte, un răspuns nespecific al creierului la stimuli neagreați, poate fi electric fără manifestare clinic sau poate fi clinic fără manifestare EEG (descărcările neuronale sunt la nivelul structurilor cerebrale profunde).

„Statusul epileptic" este caracterizat prin crize foarte dese sau continue, durând mai mult de 30 de minute. În cazul crizelor tonico-clonice, conștiența nu revine între crize. Statusul epileptic parțial poate fi afazic, occipital iar orice tip de criză poate evolua spre status epileptic.

Datele epidemiologice arată că la 1.000.000 de persoane vor avea epilepsie activă între 5000 și 10.000 și vor apare aproximativ 500 cazuri noi annual. În Europa, incidența ar fi de 40 – 70/100.000 locuitori iar prevalența (epilepsia activă) de 4/8/1000 locuitori. Mortalitatea este legată direct de criză sau de statusul epileptic și este de 2-4 ori mai mare decât la normali. De reținut că durata medie a

activității epileptice este de aprox. 10 ani dar la 20 – 30 % poate fi mai mare. Remisiile se produc la tratament și sunt mai frecvente la cei cu crize tonico-clonice. Prognosticul este mai favorabil la crizele idiopatice.

Pacientul posibil epileptic, în fața experților în medicină legală

1. **Solicitarea examinării medico-legale** se face în următoarele situații:

a) Cele mai frecvente situații sunt reprezentate de expertizarea medico-legală pentru stabilirea de prejudiciu/ zile îngrijiri medicale (post traumatisme craniene prin accidente rutiere/ de muncă etc., post agresiune) și ca motiv de solicitare a întreruperii/ amânării pedepsei sau a participării la proces. Medicul psihiatru este solicitat de către medicul legist pentru a se referi asupra stării psihice. Teoretic, ar fi obligatoriu dar, practic, depinde de medicul legist;

b) În cadrul comisiilor de expertiză medico-legală psihiatrică se solicită stabilirea discernământului în raport cu o faptă comisă la un moment dat (frecvent furturi sau agresiuni) sau a competenței psihice specifice (inclusiv punerea sub interdicție);

c) Altele (mai rar).

2. **Diagnosticul pozitiv** trebuie stabilit prin consult interdisciplinar neurologic cu investigații complete (electroencefalografii, tehnici imagistice, radiografii, investigații biochimice specific etc.); descrierea și concluziile examinărilor electroencefalografice și imagistice trebuie făcute de către medicul care le-a efectuat.

3. **Ce trebuie să se știe** (de către medicul care solicită consultul interdisciplinar):

a) recunoașterea crizei epileptic (generalizate sau parțiale);

b) diferențierea crizelor epileptice de simulare și de alte evenimente neepileptice (sincopă, tulburări motorii și senzoriale, crize psihogene, manifestări paroxistice de somn, tulburări ale stării de conștiență, atacuri de cădere) precum și circumstanțele în care apar acestea;

c) odată stabilit diagnosticul pozitiv de epilepsie trebuie să înțeleagă ce fel de epilepsie este în sensul stabilirii/ reconstituirii tipului de criză (parțială sau generalizată), a tipului de sindrom epileptic (caracteristici, etiologie, localizarea leziunii responsabile);

d) cursa terapeutică adecvată, moduri de evoluție sub tratament, inconvenientele (mai ales cele cu răsunet psihiatric) terapiei medicamentoase;

e) cursa existențială a pacientului („life style", mecanisme de coping, stigmatizare, marginalizare);

f) complicațiile psihiatrice, somatice și psihologice;

g) riscurile comportamentale social-negative.

Cunoașterea acestor repere orientează expertul, mai ales, spre tipul mai frecvent de complicații psihiatrice (inclusiv tabloul clinic al acestora) și, implicit, în stabilirea discernământului/ competenței psihice specifice prin reconstituire și reducție fenomenologică.

O atenție deosebită (mai ales în spețele penale pentru violență contra persoanei) trebuie acordată așa-numitei „epilepsie reflexă" (mai ales la adolescenți). Este o eroare, în actuala configurație socio-culturală (cu acces la TV, internet, cluburi cu muzică modernă tip „hard" și orgă de lumini, sporturi extreme, activități fizice cu grad crescut de risc etc., ce pot implica o conduită de dependență) să stabilim diagnostice de tip tulburări opoziționiste, tulburări de conduită/ de personalitate etc., fără o examinare atentă a unei posibile implicări a stimulilor declanșatori ai epilepsiei reflexe și fără investigații paraclinice adecvate (sau chiar a solicitării unui punct de vedere din partea specialiștilor neurologi). Din această perspectivă ne referim în principal la TV, jocuri video, muzică, imersiune în apă fierbinte, jocuri de cărți, sporturi extreme iar pentru pacienții sub tratament cu psihotrope la „mâncare"/ „înghițire".

Complicații psihiatrice implicate în practica de expertiză medico-legală psihiatrică

Complicațiile psihiatrice frcvent întâlnite în practica de expertiză medico-legală psihiatrică vizează modificările organice ale personalității, cu sau fără discognitivitate, deteriorările cognitive („demențe epileptice"), raptusurile impulsiv-explozive, crizele temporale, psihoza epileptică.

În cauzele penale comportamentul agresiv se poate întâlni în toate aceste ipostaze. La analiza cazului se iau în considerare severitatea bolii de fond, intensitatea simptomatologiei reconstituite, comorbiditatea cu alte afecțiuni psihice și somatice, medicația, contextul (posibil aspect victimologic), condiția psihologică (de regulă de revoltă, nepunctuală, împotriva societății/ vieții, în general),

marginalizarea ca mod de viață, împrejurările comiterii faptei etc. Furturile sunt de regulă circumstanțiale. La furturile în grup trebuie avut în vedere deficitul volitiv (eventual), pacientul fiind ușor de manipulat de către infractori adevărați. În ceea ce privește violența contra persoanei trebuie să recunoaștem dacă raptusurile impulsive – explozive au caracterul de răspuns disproporționat la incitații minime (cu sau fără circumstanțe fezabile), aspect victimologic sau de „răzbunare". Sarcina cea mai importantă este de a reconstitui modificarea câmpului de conștiență și intensitatea psihotică. Sub aspectul calificării discernământului apare mai puțin important încadrarea nosologică dar pentru aprecierea riscurilor, a recomandărilor și a asistenței medicale sub prevederile art. 114 C.P. este obligatoriu să diferențiem corect psihoza epileptică de psihozele tranzitorii și de patologia încadrată în spectrul schizofreniei. Dificultatea cea mai mare apare la diagnosticul diferențial dintre psihoza epileptică și debutul medico-legal de schizofrenie și la argumentarea/ contraargumentarea unei opinii sau alta. Trebuie avut în vedere că disfuncții temporale pot apare în toate condițiile psihiatrice cu tablou clinic de impulsivitate/ violență.

În cauzele civile trebuie avut în vedere și reconstituirea criteriilor de abordare a competenței psihice specifice cu verificare cognitivă și volitivă (cu atenție mare la influențabilitate/ sugestionabilitate/ manipulare/ relație manipulat – manipulator deoarece epilepticul poate fi, el însuși, un mare manipulator). În cazurile de interdicție semnalăm că, de obicei, familia solicită punerea sub interdicție pentru comportamente violente și nu pentru imposibilitatea de a se autoconduce, de a-și îndeplini drepturile și obligațiile civile.

PREZENTARE DE CAZ

(În vederea efectuării unui diagnostic diferențial între epilepsie și debutul unei schizofrenii)

N–B. 30 ani, cauza de omor deosebit de grav

1. Istoric

„Situația familială: Este căsătorit cu d-na.... la data de 5.04.1972 și au impreună un copil,..... C în varsta de 6 ani. Dintr-o relație anterioară,

d-na C. mai are un copil, fiică, 12 ani, elevă care locuieşte împreună cu familia. Deşi adresa de domiciliu a d-lui C. este,.... acesta locuieşte în fapt împreuna cu soţia şi cei doi copii pe... (altă stradă), --- casa este proprietatea părinţilor: tatăl-C. salariat la --- cu un salariu în cuantum de 530 lei, mama-C. pensionară de invaliditate, pensie 215 lei. Împreună cu părinţii locuiesc ocazional şi sora inc, d-na C. , casnică şi fiul acesteia C. C., 13 ani, elev. Starea materială: Familia locuieşte într-o locuinţă compusă din cameră, bucătărie şi baie. Locuinţa aparţine... (companiei).... chiria fiind stabilită la suma de 14 lei lunar. Veniturile familiei se compun în prezent din salariul soţiei, angajată croitoreasă la.... în cuantum de 320 lei şi alocaţiile de stat ale celor 2 copii".

„... în discuţiile purtate cu părinţii inc., aceştia ne-au declarat că în familie au existat afecţiuni psihice, persoanele diagnosticate astfel fiind un unchi şi o mătuşă a d-lui C., existând chiar şi tentative de suicid".

Reţinem dintr-o declaraţie semnată de 100 de persoane (vecini de stradă): „L-am cunoscut de mic copil şi ştim că nu a avut un comportament indecent, recalcitrant, turbulent, nu a produs nimănui vreun prejudiciu sau vreo pagubă, fie de ordin material sau moral. A avut un comportament bun în societate şi o conduită ireproşabilă. Pe lângă cele confirmate de noi, inclusiv cazierul judiciar, care este un act imparţial faţă de societate, dovedesc ca C.D.L. nu a avut cazier şi nici măcar vreo contravenţie sau amendă penală efectiv nu a avut".

Numitul C.D.L. lucra la o firmă de cablu (la montare de cabluri). A satisfăcut stagiul militar. Este căsătorit de 6 ani, după alţi 6 ani de la debutul relaţiei. Cei doi soţi au împreuna o fetiţă de 6 ani, din familie făcând parte şi fiica dintr-o căsătorie anterioară a soţiei (care este născută în 1972, diferenţa dintre cei doi soţi fiind de 3 ani). Cei doi soţi apartin religiei ortodoxe. Viaţa socială/relaţională a familiei era la nivelul standardelor socio-culturale şi economice apartenente, fără tendinţe spre bigotism.

Relaţii date de soţie: „Îl cunosc pe soţul meu din data de 18 nov. 1994 şi suntem căsătoriţi din anul 2000, din această relaţie (căsătorie) avem o fetiţă de 6 ani. De când l-am cunoscut pe soţul meu n-am avut o ceartă ieşită din comun, în toţi aceşti ani n-am primit nici o palmă de la el, este o persoană care iubeşte natura, animalele şi ajută orice om cu probleme, este un soţ şi un tată foarte iubitor şi trăgea foarte mult la casă. În ultima săptămână, înainte de acel eveniment rău, am văzut o schimbare spre religie, dar nu în rău, doar că a vrut să fie foarte

aproape de Isus. În cele 2 zile cât a stat acasă am discutat până la 4 dimineața amândoi, dar nu văzusem o reacție ciudată, dar puțin agitat din cauză că știam amândoi că o să vină după el. Am stat cu vecinii de vorbă a doua zi până la 23,30, afară în curte, am povestit de toate, dar vecinii n-au observat nimic ieșit din comun, n-a avut ieșiri de violență sau să fie nervos...".

Relații date de coleg: „Fiind coleg de serviciu cu D.L. am muncit în aceeași echipă timp de aprox. 4 ani. În toată această perioadă relația noastră de serviciu nu a fost umbrită nici măcar de o ceartă, el fiind un tip glumeț, cu un spirit extraordinar, fiind foarte săritor în ajutorul oricui, fapt pentru care nu pot să înțeleg nici în cea mai mică măsură ceea ce s-a întâmplat cu el.

Relații date de coleg: „Sunt angajat la firma.... punct de lucru... din data de 1.02.2000. În toți acești ani am lucrat cu C.D. Menționez că niciodată în acești ani nu am avut vreun conflict cu el sau să aud că a avut vreo ceartă cu ceilalți colegi. Noi, în cadrul firmei eram 20 de oameni și ne consideram ca o familie. De câte ori vreunul dintre noi aveam o problemă, ne ajutam unul pe celălalt și tot timpul a ajutat. De asemenea, nu țin minte să fi venit cineva la sediul firmei să facă vreo reclamație pe seama lui și puteau să o facă, ținând cont că erau aprox. 13.000 de abonați, iar cei noi, care lucrau pe teren erau 8 oameni, dacă aveau vreun conflict sau vreo ceartă. În orice problemă de serviciu avea, îl ajutam sau mă ajuta și cred că făcea același lucru cu orice cunoștință îi cerea ajutorul sau sprijinul. De aceea nu am să-i reproșez din punctul meu de vedere nimic.

Cu o scurtă perioadă înaintea comiterii faptei, examinatul a făcut echipă cu un băiat pe nume Z.

Prietena de familie: „...Dorel ne-a povestit ca Z. îi spune de Isus și că și-a dat și el seama că trebuie să-l găseasca cu adevărat pe Isus și credința adevărată. Schimbarea lui a început de circa o săptămână și ne-a spus că trebuie să meargă la mai multe biserici ca să vadă unde este credința mai puternică".

Relații date de coleg: „O schimbare s-a observat în săptămâna dinainte, dar acea schimbare părea în bine, el vroind să adere la o biserică de altă religie decât cea ortodoxă, el fiind ortodox. Dar menționez, acea schimbare nu era umbrită de nimic rău, spunându-mi și mie că nu e bine să păcătuiesc în fața lui Dumnezeu. În rest, spiritul lui de om bun era ca și înainte, fiind tot așa de săritor și bun cu noi,

apropiații lui. Pe perioada în care l-am cunoscut, mi-am dat seama că este un bun familist și prieten, ajutând chiar și pe cei necunoscuți sau care aveau nevoie de ceva cu care el i-ar putea ajuta".

Relații date de coleg: „Înainte de a se întâmpla evenimentul acela și anume înainte cu o săptămână Dorel a venit la serviciu cu o Biblie și încerca să ne explice ce înțelege el din ce a citit. NU a încercat să convingă pe nimeni că ceea ce scrie acolo e cel mai întelept lucru și nici nu avea un comportament violent. Însă amintesc că la orice ieșire comună pe care o aveam (nunți, botezuri, chefuri), unde mergeam împreună, tot timpul era în centrul atenției, fiind un tip distractiv, plin de viață. Tot timpul încercam să ne alegem locul alături de el, pentru a gusta glumele și poznele pe care le făcea. În aceeași perioadă (săptămâna dinainte) nu era violent și nici nu am observat o schimbare în rău, doar că nu mai glumea la fel și nu ne mai spunea poreclele. Noi colegii glumeam pe seama lui și spuneam că vrea să se pocăiască, însă el spunea că nu și ne lăsa în pace să glumim".

„În ultima săptămână înainte de a se întâmpla nedoritul eveniment, am observat totuși că a început să studieze Biblia împreuna cu K.Z., un alt coleg și că nu mai glumea așa ca înainte, vorbea chiar din Biblie, încercând să ne explice ce a înțeles el studiind-o. Eu și ceilalți colegi chiar am început să glumim cu el și l-am întrebat dacă vrea să se pocăiască. În afară de acest fapt, își făcea treaba în continuare și nu am văzut la el o schimbare radicală de comportament, adică să devină violent, să vorbească urât cu noi sau alte manifestări de acest gen, de aceea am rămas marcat și eu și cei care l-am cunoscut de ceea ce s-a întâmplat cu el".

Colegul Z.: „Sunt coleg de serviciu cu numitul C.D. de aprox. 12 ani de zile și îl cunosc foarte bine. De aprox. o săptămână am început să discutăm despre credință și religie, el spunându-mi că ar vrea să găsească o biserică și să se pocaiască, deoarece acest lucru nu poate să aducă decât schimbări în bine în viața de zi cu zi".

Soția examinatului: „În data de 11.03.2006 în jurul orei prânzului am avut o discuție cu soțul meu și el afirma că dorește să-și schimbe religia, intenționa să meargă și la alte biserici ce aparțin altor culte religioase, urmând ca el să ia o decizie în acest sens. În săptămâna ce a urmat, soțul meu s-a comportat normal, însă în fiecare zi am avut cu el o scurtă discuție legată de religie. Soțul meu nu consumă băuturi alcoolice decât ocazional".

Propria declarație:

a) „Cu aprox. o săptămână în urmă, mai exact pe data de 10-11 martie 2006 am avut o schimbare radicală în adevăr, mai exact am avut o mângâiere sufletească dintr-un loc necunoscut de noi, și de-acum din tot sufletul să distrug tot răul din lume cu ajutorul lui Isus Hristos. Motiv pentru care in 12.03.2006 în jurul orelor 17 am participat la o slujbă religioasă din..., într-o casă situată chiar la marginea..., unde am mai participat și joi după-masă la orele 17,00 unde am purtat discuții pe teme religioase. În toată săptămâna 12.03.2006 m-am simțit foarte liniștit, regăsindu-mă și simțind că aveam Harul Duhului Sfânt în mine, având tendința de a mă pocăi, dar să fiu botezat după ce voi găsi locul și timpul oportun".

b) „În data de 17.03.2006 în timp ce mergeam spre serviciu, pe str..... , am văzut o țărancă care-mi făcea semn să opresc și care avea doar un picior, celălalt fiind amputat, umblând în carje... arăt că mi s-a mai întâmplat acum aproximativ 5-6 ani cu aceeași persoană. Văzând că-mi face semn să opresc, am oprit autoturismul pe care îl conduceam și am avut discuția, aceasta solicitându-mi să o duc la domiciliu cu mașina pe care lucrez la firmă. Mi-a cerut s-o duc la blocul 24 din... , pentru că statea acolo, dar nu mai stă. Am stat puțin de vorbă cu ea în mașină și am întrebat-o dacă crede în Isus Hristos, la care ea mi-a zis că da și îmi arată o mătanie cu o cruce. Mi-a solicitat să o ajut să mergă la alimentară, lucru pe care l-am făcut, chiar i-am dat 100.000 lei să-și ia ceva. Când am ajuns în alimentară a început să ia orice lucru de pe rafturi, eu am încercat s-o liniștesc, dar ea nu putea da seama, nu-și dorea ea asta. A mai venit o femeie în alimentară... de frigider să nu mai îl deschidă, văzându-mă în această situație am văzut că de fapt în fața mea nu era lucru dumnezeiesc, n-am avut tăria să fac ceva decât s-o scot... afară, dar n-am putut. M-am îndoit puțin că aș putea face asta, deoarece primirea Hramului Duhului Sfânt, dar văzând cum se...... drept urmare i-am pus mâna pe cap și i-am pomenit... în numele lui Hristos să plece, am reușit puțin și a spus că nu poate să plece, el care pupa pisicile în bot. Am chemat pe un coleg de-al meu, K.Z., să vină să mă ajute. După cateva minute a venit colegul meu și împreuna cu acesta am urcat-o pe aceasta doamnă, despre care am aflat că se numește..., iar Zoli mi-a spus că n-a fost adevărat...La solicitarea ei, întrebând-o că unde locuiește, ne-a spus s-o ducem pe str..... ca acolo locuiește, la o mătușă de-a ei. Am transportat-o până pe.... unde am condus-o în locuință și acolo m-am

întâlnit și cu mătuța ei, o femeie mai în vârstă. Ajunși la acea locuință am văzut că acea casă, este o casă, chiar... și am purtat unele discuții pe teme religioase cu cele două femei, le-am făcut și o binecuvântare și apoi am plecat".

Cu o zi înaintea comiterii faptei

Prietena de familie: „Aseară, în 18.03.2006 am mers cu soțul și copiii la ziua fiicei lui D.. Aici am discutat diferite lucruri, inclusiv de biserică, ne-a spus că el crede că la penticostali credința este mai puternică. Soția lui ne-a spus că schimbarea lui D. este în bine, deoarece este liniște în casă".

Prieten de familie: „Ultima dată am fost cu soția la el acasă, deoarece sărbătorea ziua onomastica fiicei lui. Am stat și am discutat, D. nu a consumat deloc alcool. De față au mai fost 2 familii. Soția lui D. ne-a spus ca acesta și-a schimbat în ultimul timp comportamentul, deoarece este în anturajul pocăiților și în ultima săptămână mergea la Penticostali cu un prieten de-al lui pe nume Z.. Aseară D. mi-a relatat că a primit Duhul Sfânt și că se simte mult mai ușurat. Cu toate ca D. a insistat să mai discute pe probleme de biserică și penticostali, eu i-am spus că am venit la chef și să mă uit la fotbal, așa că nu am mai discutat această problema. Noi am plecat la orele 24,00".

Soția examinatului: „În data de 18.03.2006 am celebrat ziua fetiței noastre, iar către sfârșitul petrecerii au mai rămas la noi finii noștri,..... , copiii noștri dormind în altă cameră. Soțul meu a început din nou discuțiile despre religie și ne-a povestit că în urmă cu 2-3 zile s-a întâlnit cu o femeie pe stradă și s-a dus cu ea la alimentară, spunându-ne că s-a mai întâlnit cu ea acum 7-8 ani. Când au ajuns în alimentară i-a pus mâna pe cap femeii și i-a spus ieși Satană. Soțul meu ne-a povestit că femeia respectivă a făcut spumă la gură și că aceasta a rugat să nu o apese așa tare pe cap că o doare, însă soțul meu i-a dat drumul. Soțul meu l-a rugat pe colegul lui Z. K. să vină în fața alimentarei unde el l-a așteptat cu femeia respectivă. Soțul meu mi-a spus că Z. a dat curs solicitării și soțul meu mi-a mai spus că a adus-o acasă pe femeia respectivă, pe str.... Soțul meu nu a băut deloc. Am stat de vorbă până în jurul orei 3,30, iar soțul meu i-a dus acasă pe fini cu copiii, cu mașina noastră, iar după ce s-a întors soțul meu acasă, ne-am culcat...".

Dimineața zilei în care a comis fapta

Colegul Z. „Azi 19.03.2006 in jurul orelor 9,00, împreună cu vărul meu și cu colegul meu C.D. am mers la o biserică penticostală din....

situată în cartierul...., unde am participat la rugăciuni. Ne-am așezat în genunchi, iar la un moment dat colegul meu C.D. s-a ridicat în picioare și a strigat: Poți să ai Duhul Sfânt în tine înainte de a te boteza, eu l-am atins ca să-l liniștesc, iar după puțin a început să strige din nou, mai tare, spunându-mi că eu am pe Satana în mine și a început să mă lovească cu pumnii. A intervenit mai multă lume de la adunare, care l-au liniștit și l-au scos afară din biserică, mie făcându-mi semn să mă așez înapoi la loc".

Soția examinatului: „În dimineața zilei de 19.03.2006, nu pot preciza la ce oră întrucât eram adormită, am simțit că soțul meu m-a pupat pe obraz, ne-a spus Domnul să vă binecuvânteze, iar eu am adormit din nou".

1.5.3. Propria declarație: „În urma unei înțelegeri cu colegul meu Z., am stabilit ca azi 19.03.2006 să mergem împreună la biserica penticostală din...., la o rugăciune. La orele 8,45 am fost la Z. acasă și împreună cu acesta și cu un verișor de-al lui am mers la rugăciune, la biserică. La ora 9 a început slujba, iar din momentul când a început rugăciunea, după ce am stat în genunchi, mi-a venit puterea să întreb dacă se poate primi Duhul Sfânt fără botez. Declar că în acel moment toți au tăcut, după care am început să ne rugăm, la care mi-a venit și mai mare putere de a întreba acel lucru, aceeași treabă și toți au tăcut și apoi m-am rugat în continuare și am strigat și mai tare dacă e posibil, iar ei au vrut să mă scoată afară. În acel moment am văzut ca Z. are 2-3 duhuri în el, la care eu l-am lovit cu pumnii în piept, am strigat tare, de fapt am poruncit în Numele lui Isus Hristos să piară și i-am și spus să aibă grijă atunci când mă scoteau afară din biserică. Ajuns în fața bisericii am plecat cu autoturismul cu intenția de a merge la biserica de pe..., dar între timp am văzut în ochii mei punctulețe albe lucitoare și m-am oprit aproape plângând, câteva suflete puține sunt cu-adevărat câștigate de Hristos. Știind că pe str. Oituz la nr. 64 locuiesc acele femei, posedate de duhuri, m-am hotărât să mă duc la ele acasă și să poruncesc duhurilor să plece în numele lui Hristos".

Mod de comitere a faptei: Reținem din propria declarație: „În data de 19.03.2006 în jurul orei 9,30-9,45, venind de la o adunare penticostală, de unde am fost dat afară, am ajuns cu mașina mea marca...., la domiciliul lui L.M., pentru a mă răzvrăti împotriva Satanei care se afla în nepoata numitei L.M.. Am deschis ușa și am intrat în curte unde am văzut-o pe L.M.. Am întrebat-o unde este Satana, iar ea a spus

ce căutați că nu este acasă Satana. Eu i-am spus că Satana este în casa aceasta şi am intrat prin mai multe încăperi ca s-o caut. În una din uşi am lovit cu piciorul. Femeia tot venea după mine să mă întrebe ce caut şi să-mi spună că nu-i aici, iar eu la un moment dat i-am spus că de fapt ea este Satana. I-am spus să mărturisească pe Isus Hristos, iar ea a zis că nu poate, i-am pus mâna pe cap şi i-am poruncit Satanei, în numele lui Hristos să părăsească sufletul ei. Ea a început să zbiere, iar eu am început să o lovesc cu pumnul în față. Cred că am dat cu pumnul de aprox. 10 ori în față. La un moment dat ea a spus că mărturiseşte şi i-am spus să repete după mine anumite cuvinte. Ea a spus doar până la un anumit punct după care s-a oprit şi a zis că nu mai poate. Eu am continuat să o lovesc cu palma peste gură, să nu mai vorbească. I-am spus că dacă nu tace îi scot limba din gură. Ea nu a tăcut şi am început să-i scot limba cu mâna, reuşind după un timp să i-o smulg. Femeia se uita la mine şi cred ca trăia. Mi-am căutat Biblia şi am văzut că Satana din L. M. se uita la mine, iar eu i-am spus să nu se mai uite la mine că-i iau şi vederea Satanei. Tot văzând că se uită la mine, i-am spus femeii să mărturisească. Văzând că se uită la mine am scos unul din ochi cu mâna, iar femeia nu mai mişca. Nu îmi amintesc dacă i-am scos şi al doilea ochi. Zgârieturile de pe mână au fost create în casa femeii, cu mâna dreaptă lovind un televizor. Zgârieturile de pe mâna stângă nu mai ştiu în ce context mi-au fost cauzate. Auzind un muget diavolesc am dezbrăcat-o de pantaloni şi am umblat cu mana în anus strigând... Uite Satano cum omori femeile cu sexul anal şi le cauzezi cancer. Am scos din anus şi excremente pe care le-am şters de piciorul femeii. În timp ce umblam cu mâna în fundul femeii m-am dezmeticit şi m-am întrebat. Doamne ce-am făcut şi ce trebuie să fac... Mi-am căutat Biblia şi am ajuns în pod de unde am mâncat din pământul de acolo. În timp ce-mi căutam Biblia prin curte mi-a zis cineva că este în WC. Am ajuns la budă şi m-am băgat cu picioarele înăuntru. În budă am văzut diferite obiecte (cârpe, medicamente, o sticlă, ş.a). În timp ce eram în WC am spus Doamne ce este cu mine, înnebunesc şi am început să cânt melodii religioase. Am ieşit din budă după 45 minute, m-am dus la maşină şi am găsit Biblia, moment în care mi-am revenit. Am sunat-o pe soție de pe mobil să vină cu haine...".

Comportament postfaptic:

Declarația soției: „...La telefon soțul meu mi-a spus că trebuie să merg pe str.... şi să nu mă sperii că este schimbat şi este murdar de rahat

şi că a comis o crimă. De asemenea, soţul meu mi-a mai spus că a fost la biserica penticostală, că a fost scos afară de acolo, că a vrut să meargă la o biserică pe str. Spitalului, dar s-a întors pe drum şi s-a dus la casa de pe str...... Mi-a spus să vin repede la adresa menţionată, că trebuie să chemăm poliţia. Am plecat cu fina mea....şi cu verişorul soţului meu, D. D. cu taxiul la adresa respectivă şi l-am găsit pe soţul meu cu faţa imflamată şi cu vocea schimbată şi plin de mizerie. L-am întrebat ce s-a întâmplat şi mi-a spus că a simţit nevoia să meargă la femeia respectivă să scoată pe Satana din ea, că aceasta a sărit la el, ocazie cu care a văzut că are ochii roşii şi că a omorât-o după care s-a aruncat în WC să se curețe...".

Prieten de familie: Am ajuns în fata casei cu nr.... , am văzut autoturismul... al lui D. Taxiul a plecat şi noi am intrat în curtea imobilului. Soţia lui l-a strigat şi când am ajuns în faţa uşii l-am văzut pe D. cu hainele murdare, cum se aruncase în WC. Soţia lui l-a întrebat... Ce ai făcut D.?, el a răspuns că a făcut ce trebuia să facă şi ca a scos pe Satana din femeia respectivă. A mai relatat că a reuşit să scoată pe Satana din femeie, că putea să o readucă pe femeie la viaţă, dar nu a avut puterea aceasta şi că după ce s-a întâmplat în casă s-a aruncat în WC. Soţia lui, D. a insistat şi l-a întrebat dacă acea femeie este cu adevărat moartă. C. D. a spus că este moartă, deoarece i-a scos ochii şi i-a smuls limba. Soţia l-a întrebat: Ce facem?, iar el a răspuns: Sună la Politie!. D. s-a schimbat de haine. Noi nu am intrat în casă şi între timp a sosit şi poliţia. Mai menţionez că văzând în ce hal arăta, desfigurat şi cu faţa umflată, l-am întrebat dacă se simte bine. Mi-a răspuns că da şi că este astfel deoarece a urlat la femeie să scoată diavolul din ea".

Susnumitul a fost arestat imediat.

A recunoscut fapta, în sensul celor expuse.

Nu are antecedente penale.

Reţinem din raportul medico-legal nr..... întocmit la... victimei:

„Examen extern: Semne de identitate: cadavrul aparţine unei femei cu părţi moi normal reprezentate de vârsta aparentă şi reală 68 ani. Semnele morţii reale: lividităţi violacee dorsale în stadiul de hipostază, rigiditate generalizată. Semne de violenţă: regiunea facială, în totalitate acoperită de echimoze violaceu-vineţii confluenţe; ambele mâini, feţe dorsale, acoperite de echimoze violaceu-vineţii confluente; evisecerarea traumatică ambii globi oculari; ruptură completă, secţionarea limbii nivel 1/3 anterioară; fractură mandibulă şi maxilar

pe linia supramaleolară la stânga liniei sagitale cu smulgerea de fragmente osoase, inclusiv dentiție (incisivi superiori și inferiori) stânga".

„Gura, gâtul și organele gâtului: Ruptură completă, secționarea limbii nivel 1/3 anterioară. Părțile moi ale gâtului fără infiltrare de sânge. Os hioid integru. Faringe cu mucoasa rozată. Esofag cu lumenul liber, mucoasă plicaturată longitudinal. Tiroida cărnoasă bilobată".

Diagnostic anatomo-patologic: Echimoze multiple; Evisecerare globi oculari; Ruptură secțiune limbă; Fractură maxilar și mandibulă; Fracturi costale multiple; Hemotorace drept; Hemoragie externă. Ex. complementare-sânge: grup sanguin... Concluzii: Moartea numitei Lungu Maria a fost violentă. Ea s-a datorat șocului traumatic și hemoragic consecutiv unui politraumatism cu eviscerarea traumatică de ochi și limbă, fracturi costale, hemotorace și hemoragie externă. Leziunile traumatice descrise au putut fi produse prin lovire directă repetată cu un obiect contondent (pumni), smulgere și comprimare toracică. Moartea datează de o zi. Sângele recoltat de la victimă aparține grupei AB (IV)-b

„Date preliminarii

Examen psihologic nr. 222/27.03.2006: Examenul eficienței intelectuale: Q.I.=99 inteligență medie-inferioară. Examenul personalității Chestionarul W-M evidențiază în planul personalității manifeste, la data examinării, valori conturate pentru instabilitatea psihică, tendințele paranoide și tendințele depresive. Actualul profil pulsional Szondi al personalității profunde relevă în sfera vieții afective opresie isteriformă, aproape de panică. Dilemă etică. Toleranță, caritate, rușine dar și acumulare de afecte brutale. Eu inhibat, care luptă prin mecanisme de negare contra „posedării", contra ambivalenței și inflației. Represiune. Sexualitate normală. Gust pentru critică, batjocură, sarcasm. În vectorul contactual legătura infidelă cu lumea exterioară, spirit atent la stimulii noi. Rivalitate, flecăreala, dorință de a fi o persoană importantă. Dispoziție depresivă. Examen EEG: Traseu EEG spontan cu multiple vârfuri rapide în T4 cu iradiere intermitentă temporală F8 și alt focar cu unde lente delta polimorfe în F3. La HV crește proporția de unde lente în F3 preponderent alfa polimorf intricate cu teta și de vârfuri în T4 cu amplitudine mare spre sfârșitul HV– salve de vârfuri în T4 și alfa în F3. Examen neurologic: Dg-epilepsie cu crize parțiale complexe cu 2 focare unul în F3 de unde lente stabil, și unul în

T4 cu iradiere T6, F2. Examen F.O.: Papile proeminent nazal, cu conținutul șters nazal – vase de aspect normal. DG-pseudoedem papilar. Concluzii: Numitul Ciurescu Dorel Lucian prezintă dg. epilepsie temporală cu crize parțiale complexe cu 2 focare (unul în F3 de unde lente stabil și unul în T4 cu iradiere T6-F8 si rar in F7-T3 sub forma de vârfuri izolate sau grupate în bufee) și tulburări psihice intercritice de tip psihotic (delir mistic). În raport cu fapta pentru care este cercetat are discernământul abolit. Recomandăm măsuri conform art. 114 C.P. cu revizuire la o altă expertiză psihiatrică peste 6 luni. A fost imposibilă efectuarea unor investigații care să certifice existența unui fond organic (RMN, CT).

Examen psihologic: „Probe psihologice aplicate; Rorschach, Szondi, Benton, Beck, Toulouse-Pieron, Rey): Actual nu s-au decelat indici de productivitate psihotica;... ininteligibil... semne de derealizare, dezinvestire a realității, tendințe de refulare a culpabilității și angoasa difuză legată de pericolul unei corupții socialmente indezirabile a pulsiunii agresive (teama de sine însuși). Ban pl.I, III, V, VIII (H) la pl. III răsp: abțibild... șoc pe II, atracție la roșu, D, F + s +!... Personalitatea cu dominanta epileptiformă (tendință la perseverare, pedanerie, egocentrism cu nevoie crescută de socializare – serviabilitate ca modalitate de control a agresivității) ce dă o coloratură pseudohipomană adaptării. Sunt prezente și defense mari obsesionale (înclinație spre exactitate, simț al ordinii, ce pot antrena o dezvoltare exacerbată a religiozității). Indici de organicitate cerebrală prezenți (nr. de greșeli 8 – cu 5 peste valoarea expertată), poziționări greșite, deformări în special a figurilor din partea dreaptă. Fără indici de depresie. Fără o deteriorare semnificativă din punct de vedere „psihodiagnostic".

2. A doua expertizare

3. Examenul stării psihice prezente

Ținută ordonată. Mimică hipomobilă cu privire limpede. Gestica reținută. Pe parcursul interviului psihiatric nu apelează și la comportamente specifice și relevante ale discursului nonverbal. Voce cu timbru scăzut, tonalitate egală, neconcordanță cu conținutul discursului. Inexpresiv, neparticipativ nonverbal, răspunde la întrebări detașat, calm, egal. La aceeași modalitate acceptă înregistrarea video. Cooperant, în sensul că răspunde la întrebări, inclusiv cele de tip anamnestic, chiar precizând „am spus de atâtea ori". Orientat temporo-spațial, auto și

allopsihic, la nivel strict elementar. Se constată dificultăți (cel puțin aparente) în relatarea unor date de personalitate premorbidă nedatorate tulburărilor de conştiență, prosexice sau mnezice, ci de gândire. Uşoară hipoprosexie spontană prin detaşare de real cu hipermnezie tematică, de tipul „mentismului hipermnezic" şi aparente paramnezii, pendinte de interpretări delirante. Astfel, afirmă că este al doilea din fratrie de 2 (o sorp mai mare, absolventp a 12 clase, divorțatp), mama este (?) casierp la un magazin, tata lofer; bunicii paterni au fost de religie ortodoxă, bunica maternă baptistă, bunicul patern ortodox; sora şi fratele tatălui s-au sinucis iar bunicul matern ar fi avut trei tentative de suicid (?); a efectuat stagiul militar la „rachete", perioadă în care ar fi fost, o dată pedepsit pentru o neînțelegere cu maistrul – „un fleac" – dar a fost liberat cu grad de sergent (?!); s-a căsătorit în anul 2004 (?) – dar sunt împreună din anul 2000; soția s-ar fi îmbolnăvit de cancer în urmă cu 1½ ani, fiind operată de col uterin (?!); preferă muzica house şi manele; se înțelege bine cu familia, „copiii sunt iubiți, eu mai mergeam la biserică, duminica... se odihneau toți fiind zi liberă.. mă rugam". Succesiunea evenimentelor relaționabile (teoretic) cu fapta este descrisă ezitant, relatările fiind marcate de reconsiderări ulterioare: „preoții ortodoxi m-au dezamăgit,... în ultimul timp m-au supărat ortodoxii... periodic.. m-au supărat şi penticostalii". Afirmă că de aproximativ 2 ani a simțit o oarecare „schimbare în bine" (deşi afirmă că primele preocupări religioase au apărut cu 14 ani în urmă, „întodeauna l-am căutat pe Dumnezeu, am căutat să fac bine") şi o tendință de a se preocupa de probleme religioase: „cu câteva luni în urmă făceam curat în suflet... cu un coleg, cu Zoli..", citea biblia, se documenta pe internet; „i-am predat sufletul meu" (lui Zoli). Consideră că schimbarea a fost radicală, „nu mai puteam să mint,... când făceam câte un păcat" se gândea la „Sfânta scriptură". Insidios apar semne de depersonalizare „parcă trăiam o viață paralelă". Cu o săptămână înaintea comiterii faptei (perioadă în care şi anturajul sesizează o „schimbare" a comportamentului) modificarea a resimțit-o evident, „am găsit credința în sufletul meu"; a ânțeles că Dumnezeu „ne aude şi păcatele şi tot", iar pe el „diavolul m-a adus până acum". Este dificil de a aprecia dacă această descriere reprezintă instalarea insidioasă a unui sindrom Kandinski–Clerambault sau este exprimarea metaforică, marcată transcultural, a unor idei prevalente. Treptat (negăsind liniştea), datorită multitudinii de interpretări delirante, joi se duce la biserica penticostală, la „studii biblice". Trăirile se modifică cu maixmă rapiditate;

apar concomitent fenomene de deja-vu, idei de influență xenopatică, false recunoaşteri conferindu-i poziție geocentrică, depersonalizarea și derealizarea devin evidente: „de la picioare mă pătrunde o forță nefirească, neomenească – din săptămâna aia.. eram acelaşi dar cu un alt suflet..parcă trăiam o viață paralelă.. mă gândeam în altă viață". Concomitent apar ecoul gândirii, pseudohalucinații auditive neclare dar anxiogene. Vineri, trăirile anxiogene au caracter amalgamat, delimitându-se cu claritate intuiții delirante: „am avut un gând.... trăiam foarte aproape de Dumnezeu și ispită". În aceeaşi zi, toate fenomenele delirante trăite sunt deosebit de intense și se intrică cu modificări ale tuturor funcțiilor psihice, modificări ce devin mai delimitabile ca tulburări de percepție (pseudohalucinații auditive şi vizuale), idei de influență și false recunoaşteri, interpretări delirante, idei de posesiune etc., anxietate severă, nelinşte, scindarea eului (ex. „nepoata bolnavei mi-a ieşit în acelaşi loc acum 4 ani.. diavolul mă încerca.. ea era exponentul diavolului.. când am văzut că diavolul mi-a ieşit cu cârja, am dus-o... a intrat în alimentara, i-am dat 100.000 lei... era bolnavă cu capul, avea putere satanică„; dorind să-i „scoată răul din ea" deoarece „diavolul nu ne lasă"... a dus-o pânî acasă.. „ne atrăgea satana"... „bătrâna era pe scaun, nepoata era în casă.. în casă erau demoni". Dumincă a stat 2-3 ore la calculator, „mă enervam". Sâmbătă dimineața s-a dus la casa de rugăciuni penticostală, să asiste la la rugăciune. Descrie tulburări mai bogate, cu sonorizarea gândirii, pseudohalucinații auditive (se conversa „în gând" cu vocea unui bărbat: „eu ziceam nu mai sta aici, ei nu sunt oameni"). În contextul sindromului de auomatism: „mi s-a deschis gura". A avut locul episodul descris de către martori. Plecând spre victimă, „mergeam cu maşina, eram tulburat" și apar trăiri halucinozice vizuale (simple, „luminițe în fața ochilor – foarte luminoase") și „m-a luat a râvmă împotriva diavolului". Ajuns la casa victimei, neliniştit, apare iar o secvență de pseudohalucinații auditive intense (pe fondul scindării eului și a sonorizării gândirii). Vocile „discută în cap, „unde e satana?" – „e plecată"; „ai ascuns-o, am simțit eu, e aici". După ce descrie acest episod, ne atenționează. „nu ştiu ce era acolo, eram stăpânit de o putere care nu eram eu, supranaturalul mă îndemna în beci"... „satana tu eşti?" și simțea „o forță şi mai mare". Descrie plastic (datorită depersonalizării). „aveam trei minți, una de femeie care îi spunea „să fac", alta de bărbat care-i spunea „să fac și o alta pe care o auzea foarte rar (neidentificându-i sexul) și care-l îndemna „caută biblia". Aceste trei voci, percepute ca „trei minți" apar diferite de alte „voci" ale

„satanei", mai estompate ce acționau odată cu pseudohalucinațiile vizuale. Vedea „ochiul satanei" și „sânge de satan" care-i spunea „în gând" „să despici"; în același timp altă voce, feminină, răspundea satanei „taci satana". Modificările calitative percetuale, polimorfe, au condus la faptă „pentru că", „datorită lor", toate organele se ridică și se purifică"... „eu n-am putut, „cine a fost în mine a putut". După comiterea omorului (se ferește să-l descrie, trebuie să i se demonstreze că examinatorii cunosc modul în care a comis fapta), aflat în stare de anxietate extremă, cu comportament halucinator-delirant, dornic să lupte cu satane care se afla și el scindat, extracampic și în propria persoană, „am căutat biblia... în pod am mâncat o gură de pământ". Postfaptic, pseudohalucinațiile auditive se restrâng, rămânând doar „două minți însoțite de halucinații olfactive neplăcute: una dintre cele două minți îl îndemna, la WC, „biblia e pe fundul WC-ului".. du-te... și am sărit în WC..."; „mirosuri anormale în hazna.. de copii, pastile neconsumate,.., droguri,... de lichior",.. „parcă era vrăjitorie",... „cineva vroia să iasă ceva de acolo",... „am început să plâng"... „bagă-te"... „nu ,ai puteam ieși din WC",... „am plâns și m-am rugat"... am ieșit". În continuare, relatează că s-a spălat, a intrat în casă, a găsit „biblia arsă2 și a auzit pentru ultima dată o voce („pseudohalucinație auditivă"). „bătrâna a murit", Brusc, își simțea „sufletul sus, de-asupra". Dintr-o dată s-a liniştit, toate trăririșe perceptuale s-au risipit, a sunat soția să-i aducă schimburi, „spunându-i se pare că am omorât". Până a venit poliția „mă rugam2. Toată săptămâna (care a culminat cu omorul) s-a manifestat ambivalent, ambitendent, fenomenologia primară intricându-se ân ultimele două zile cu fenomene tipice muncii delirante.

4. Sinteză simptomatologică (reconstituire pentru momentul comiterii faptei)

Conștiență clară;

Tulburări de atenție și memorie cu hiperprosexie și hipermnezie tematiccă,

Tulburări de percepție: pseudohalucinații auditive verbale, episodice (voci multiple, comentative și antagoniste, imperative, ostile),sonorizarea gândirii, rare halucinoze (?), halucinații vizuale elementare, halucinații olfactive secundare, manifestări pseudohalucinatorii de tip proprioceptiv; tulburările perceptuale s-au caracterizat prin vivacitate, vigoare clinică, corporabilitate. Inițial au apărut pseudohalucinațiile de tipul sonorizării gândirii însoțite de anxietate și aprehensiune, cu o durată scurtă adaptativă; se instalează

rapid adaptarea relativă, de comunicare a bolnavului cu halucinațiile, acesta prezentând comportament specific, halucinator. În această fază, de foarte scurtă durată, comite crima, scena crimei exprimând vivacitatea și caracterul tulburărilor de percepție.

Gândirea: se reconstituie sindrom de influență exterioară, delir primar și primele fenomene de muncă delirantă; predomină ideația delirantă mistică care estompează celelalte trăiri delirante, dificil de reconstituit;

Afectivitate: se reconstituie ambivalență și anxietate.

Activitate. se reconstituie ambitendență, neliniște psihomotorie, insomnii.

Personalitate: disociată (depersonalizare, derealizare).

Concluzie: disociere, model schizofren.

5. Sinteză sindromologică (reconstituire pentru momentul comiterii faptei); Sindrom paranoid; Sindrom Kandinski-Clerambault; Sindrom de delir primar Conrad; Sindrom disociativ.

6. Aspecte specifice ale tabloului psihopatologic la examinarea actuală.

La data examinării se constată o tulburare delirantă paranoidă cu grad ridicat de sistematizare (mecanism de elaborare secundară după delir trăit). Tematica (mistică) este stabilă, de aspectului sindromului paranoid atipic. Pattern de gândire deraistică; autism bogat. Reconsiderări delirante ale unor evenimente anterioare. Tocire afectivă. Disimulează idei delirante, de influență exterioară. Deși frecvent a afirmat „atunci", la sfârșitul interviului psihiatric nu mai reușește să disimuleze: „cu siguranță a fost diavolul pentru că acolo era un cuib de demoni... asta a fost soarta... din punct de vedere omenesc era foarte uman... n-am fost eu"; „... eu sunt în voia lui Dumnezeu". Nu are critica bolii. „nu mă simt bolnav... Iisus Cristos a vrut prin mine să distrugă răul din Lugoj... eu iubesc pe toată lumea"

7. Diagnostic diferențial

Se exclud tulburările paranoide de intensitate psihotică pe fond organic prin următoarele:

„Leziunile descrise la ex. EEG nu sunt tipice și nu pot fi corelate cu date de personalitate premorbidă (ex. nu sunt descrise antecedente de crize de pierdere a cunoștinței sau alte echivalențe epileptice);

Manifestările patologice nu au apărut spontan, cu debut și sfârșit brusc; nu au fost de scurtă durată și nu au caracter recurent, stereotip;

Nu sunt satisfăcute nici unul din criteriile de la Bethesda vizând crimele violente pendinte de epilepsia temporală (patologia temporală) respectiv: diagnostic de epilepsie confirmat de un neurolog cu competență în epilepsie, confirmarea pe baze anamnestice, electroencefalografice și video a crizelor de automatism ambulator, manifestările de agresivitate și violență nu au fost descrise și anterior, examenul clinic nu atestă faptul că actul agresiv a fost parte integrantă a unei crize epileptice, examinarea video, la data expertizării, nu a evidențiat pattern de tulburări psihice intercritice sau de tulburare organică a personalității. Mai reținem absența amneziei postcritice (criteriu relativ).

Celelalte sindroame de lob care ar putea fi incriminate nu duc de regulă la asemenea manifestări de agresivitate și violență, nu au o asemenea vivacitate și vigoare clinică a simptomatologiei și de regulă nu sunt însoțite de sindrom de automatism mental și/ sau idei delirante;

Tulburările delirante persistente sunt excluse astfel:

Debutul ar fi de aspect parafreniform ceea ce de regulă nu duce la o evoluție de tip paranoic;

Existența unei idei delirante „unice" este relativă, în cazul de față, dat fiind examinările psihiatrice ulterioare crimei;

Manifestările simptomatologice descrise (aspect de tip parafreniform prin tulburări de percepție complexe) pot conduce teoretic la crime (mai rar totuși) dar evoluția simptomatologică până la manifestarea agresivității este mult mai lungă;

Tulburările delirante persistente intră în diagnostic diferențial cu schizofrenia:

a) parafrenia cu formele de schizofrenie cu sindrom de automatism mental;

b) paranoia (unde lipsesc tulburările calitative de percepție iar trăsăturile de personalitate premorbidă sunt clar de tip stenic, hipoparanoiac) cu forma de schizofrenie cu sindrom paranoiac atipic (în evoluție).

Tabloul psihopatologic actual ne orientează mai mult spre aspect de încapsulare;

8. Diagnostic clinic:

Criterii Kurt Schneider (de tip fenomenologic) includ:

a) Simptome de rangul I: halucinații auditive cu caracter contradictoriu și de excludere reciprocă, halucinații auditive cu caracter comentativ, halucinații somatice, fenomene de influență (asupra

gândurilor, sentimentelor, motivației), percepția delirantă (10 criterii din 11 dar nu se poate vorbi și de absența leziunilor organice);

b) Simptome de rangul II: tulburări ale proceselor ideative, alte tipuri de halucinații (două criterii din 3).

Criterii Mayer-Gross (de tip complex fenomenologic, constituțional, psihosocial): tulburări de gândire, delir primar, idei de influență, sonorizarea gândirii (4 grupe de criterii din 6);

Criterii Gabriel Langfeldt (complexe, de prim plan): idei de inluență, depersonalizare și derealizare, delir primar (3 din 5) și sunt tipice pentru schizofrenia paranoidă;

Criterii St. Louis inlclud:

a) Grup 1: Sunt îndeplinite ambele criterii (evoluție de 6 luni, absența simptomatologiei care să ne orienteze spre tulburări afective;

b) Grup 2: sunt îndeplinite ambele criterii deși este obligatoriu doar 1: halucinații și idei delirante fără semnificație de perplexitate, dezorganizarea gîndirii logice evidențiabilă și verbal;

c) Grup 3: sunt îndeplinite două criterii ce impun probabilitatea, respectiv, vârsta sub 40 de ani și absența intricării consumului de substanțe psihoactive; pentru ca grupul să aibă rezultat definitoriu ar mai trebui îndeplinit un criteriu din alte trei – unul din aceste criterii vizează un istoric al familiei de origine relaționat cu schizofrenia; în cazul de față, nu avem date complecte privind antecedentele psihopatologice heredocolaterale ci doar istoric bogat de suicid dar nu și tabloul psihiatric eligibil suicidului.

Concluzie: Se reconstituie schizofrenie

Aspecte clinico-statistice privind diagnosticarea bolnavului cu schizofrenie paranoidă:

– Apariția simptomatologiei la vârstă mai matură (după 25 – 30 ani);

– Ideația delirantă este dublată de abundența halucinațiilor;

– Fenomenologia disociativă a activității, a capacității de inserție socială și a personalității (considerată ca întreg) este mai lentă și mai puțin pregnantă;

– Tendință la sistematizare și stabilizare a tematicii delirante;

Concuzie: se reconstituie și se constată la examinat criteriile enumerate pentru schizofrenia paranoidă.

Diagnostic DSM (de cercetare) include:

a. Grup „A": se reconstituie 5 criterii din 6 (deși pentru aprecierea diagnostică este necesar delimitarea unui singur criteriu): idei delirante bizare (de automatism/ control), idei delirante mistice, halucinații auditive comentative, halucinații auditive ocazionale (în cazul de față cuvinte cheie – biblie, să faci – fără corespondent timic), superficialitatea proceselor asociative însoțite de halucinații;

b. Grup „B": deteriorare a relațiilor sociale față de nivelul anterior;

c. Grup „C": menținerea pe o durată de 6 luni a ideilor delirante mistice (cu note de grandoare), și a raționamentului ilogic asociat (în prezent) cu inadecvare afectivă;

Celelalte grupe de criterii („D", „E", „F") sunt criterii de excludere și sunt îndeplinite: (se exclud tulburarea schizoafectivă, tulburarea depresivă, condiția medicală generală (inclusiv abuzul de substanțe), relația cu o tulburare de dezvoltare pervazivă;

Sunt îndeplinite criteriile pentru diagnosticul de shizofrenie paranoidă la data examinării actuale: preocupare pentru una sau mai multe idei delirante, absența proeminenței următoarelor simptome: limbaj dezorganizat, comportament catatonic, comporta-ment dezorganizat, afect inadecvat.

Diagnostic tip „scală"

Index pentru schizofrenie – New Haven

a) Grup1: idei delirante nondepresive, halucinații auditive, halucinații vizuale, alte halucinații (total = 8 puncte);

b) Grup 2: automatism, raționament ilogic, derealizare, depersonalizare (total = 4 puncte);

c) Grup 3: afecte incongruente = 1 punct;

d) Grup 4: nu se poate reconstitui cert;

e) Grup 5: ideație paranoidă = 1 punct;

f) Grup 6: simptomatologie absentă (se referă la sindromul catatonic);

TOTAL = 14 puncte – se încadrează în diagnosticul de schizofrenie.

Scala PANSS

Reconstituire pentru momentul comiterii faptei

a) Scala „P"(simptomatologie pozitivă): idei delirante = 6 puncte; dezorganizare conceptuală = 6 puncte; comportament halucinator = 6

puncte; iperactivitate = 6 puncte; idei de grandoare = 5; suspiciozitate = 3; ostilitate = 3;

b) Scala „N" (simptomatologie negativă): itemul N4 nu se reconstituie; itemii N1, N2, N3, N5, N6, N7 nu sunt abilitaţi pentru reconstituire.

Concluzie: Se reconstituie diagnosticul de schizofrenie în baza simptomatologiei pozitive (simptome clinice de rang „I");

Scala CDSS (scala de depresie în schizofrenie Calgary): Nu se punctează nici un item atât pentru reconstituire cât şi pentru examinarea actuală

Concluzie: nu se exclude diagnosticul de schizofrenie dar se poate explica nu numai agresivitatea extremă la momentul comiterii faptei cât şi evoluţia (şi implicit problematica diagnosticului diferenţial).

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) scală generală cu evaluare posibilă atât în reconstituire cât şi numai pa baza interviului uzitată mai ales în aprecierea severităţii tulburărilor:

a) gradul de severitate al simptomelor specifice: câte 7 puncte la 6 itemi (anxietate, ideaţie bizară, comportament bizar, halucinaţii, dezorganizarea gândirii logice, tensiune);

b) 5 puncte la itemul suspiciozitate, şi afecte neconcordante);

c) pentru alţi itemi specifici s-a aprecit „absenţă" (câte un punct, nefiind punctaţi itemii nespecifici).

Concluzie: simptomele implicate în mecanismul de comitere a crimei au fost de severitate extremă.

Evaluarea actuală pe model „scală"

Scala PANSS

a) simptome pozitive: itemul P1 (idei delirante) = 4 puncte, P5 (convingeri de superioritate) = 3 puncte cu remarca că aprecierea se face după modul de exprimare şi nu reflectă practic substratul de încapsulare (de misiune de a înlătura „răul");

b) simptome negative: s-au acordat câte 3 puncte la itemii N1 (afect), N4 (iniţiativă), 4 puncte la itemul N7 (idei stereotipe), şi câte un punct la itemii N2, N3, N5, N6;

c) scala G (psihopatologie generală): G3 = 2 puncte, G4 = 3 puncte; ceilalţi itemi 0 puncte;

Concluzie: se cerifică evoluţia spre încapsulare pe modelului sindromului paranoiac atipic;

BPRS

a) itemii 1-14: s-au acordat câte 2 puncte pentru itemii 7 şi 8 şi 5 puncte pentru itemul 12;

b) itemii 15 – 28: s-au acordat 5 puncte pentru pentru itemul 24 şi 3 puncte pentru itemul 15;

Concluzie: BPRS reflectă stadiul evolutiv actual dar nu reprezintă un indicator pentru aprecierea periculozităţii sociale.

Diagnostic pozitiv de tip sindromologic reconstituit: sindrom paranoid, sindrom Kandinski – Clerambault; sindrom de delir primar Conrad, sindrom disociativ;

Diagnostic pozitiv de tip sindromologic la momentul examinării: sindrom paranoid (aparent monotematic cu tendinţă mare spre sistematizare – aspect de încapsulare), personalitate disoaciată, absenţa cricii bolii;

Concluzii diagnostice: Schizofrenie paranoidă cu sindrom de automatism mental şi evoluţie spre sistematizare şi stabilizare monotematică (pe modelul sindromului paranoiac atipic).

9. Aprecieri privind debutul

Considerăm că relatarea sa privind preocupările din sfera religiei, ca debutate de aproximativ 14 ani sunt expresia unei incercări de a-şi explica situaţia sau/şi de a ne convinge de misiunea sa şi ar putea fi relaţionate cu evoluţia sub tratament a bolii de fond în care este implicată şi critica asupra bolii; fenomenologia descrisă nu concordă cu un debut insidios întins pe o perioadă lungă de timp;

Relatarea cu privire la „boala ginecologică a soţiei" (afirmă cancer) diagnosticată în urmă cu un an şi jumătate, în caz că este veridică ar putea fi luată în calcul în calitate de factor declanşator a unor trăiri, iniţial de intensitate subclinică (poate de aspect depresiv). Această aserţiune se datorează nu numai informaţiei anamnestice oferită de bolnav (în cazul în care este reală se apreciază un punctaj ridicat al nivelului de stres) ci şi a unor afirmaţii (necitate la examenul psihic) din cadrul discursului, vizând comportamentul criminal (la un moment dat relaţionează, fără a accentua, anumite detalii ale desfăşurării actului agresiv cu convingerea că demonii au îmbolnăvit femeile şi apoi trece repede la descrierea altor tulburări perceptuale cu referire la organe). Nu ne putem pronunţa asupra calităţii de circumstanţă sau condiţie, a acestui eveniment stresant, informaţiile nefiind verificate. Oricum, clinic, se apreciază că evenimentele stresante sunt frecvente în precipitarea debutului schizofreniei paranoide , mai

ales în debuturile subacute (precedate astfel de o fenomenologie nevrotică). Aserțiunea are conotații vizând cercetarea și nu aspectele nozologice sau cele vizând discernământul.

Debutul apare ca subacut dar nu putem afirma cu siguranță că s-a desfășurat doar pe perioada unei săptămâni; există posibilitatea ca elemente de delir trăit să fi existat și anterior, măcar în limita a două săptămâni, dar amalgamul de real și imaginar să nu fi fost exprimat evident, să nu fi fost sesizat de anturaj (iar pentru examinarea actuală să nu fie luat în considerație de bolnav etc.);

Crima a fost posibilă datorită severității și caracteristicilor simptomatologiei, în special a tulburărilor de percepție și a automatismului mental/severitate intricată cu debutul concomitent al muncii delirante.

Încadrarea de debut medico-legal depinde și de concepția psihiatrului.

Indiferent de concepția fiecărui psihiatru, crima se încadrează în categoria „omorurilor patologice.

10. Comorbiditatea

Modificările electroencefalografice ce ar impune comorbiditatea cu o disfuncție lezională cerebrală temporo – frontală (în afara dificultăților de apreciere discutate anterior) nesusținute imagistic, anamnestic și clinic sunt abordabile în funcție de concepția clinică a psihiatrului (tulburarea organică fiind exclusă). Reținem că asemene modificări imagistice cerebrale se întâlnesc și la alți criminali care au comis crime deosebit de grave fără a prezenta tulburări de intensitate psihotică (inclusiv la ucigașii în serie) precum și la schizofreni care nu au comis crime. În funcție de modul de abordare psihiatrică, personală, se poate vorbi de comorbiditate cu disfuncție lezională cerebrală constatată doar electroencefalografic, de modificări de acompaniament al patologiei schizofrene, de un eventual pattern pentru crime deosebit de grave sau de intricarea acestor aspecte patologice. Din punct de vedere medico-legal aspectul descris este lipsit de importanță în ceea ce privește discernământul la momentul comiterii faptei și cu relativă importanță în analiza cauzalității medico-legale psihiatrice. Rămâne deschisă discuția cu privire la drepturile expertului de a solicita și primi informații complecte chiar în situațiile în care problematica discernământului este clară, dat fiind că o expertiză medico-legală psihiatrică nu reprezintă doar o reconstituire a unui tablou psihiatric la momentul comiterii unei

fapte ci şi o lucrare cu caracter ştiinţific cu conotaţii interdisciplinare şi interdepartamentale.

11. Prognostic şi evoluţie

Apreciere clinică clasică.

a) factori favorabili: tipul de debut, vârsta, forma bolii, personalitatea prepsihotică (bine integrată), nivelul intelectual (aspect controversat), posibilii factori precipitanţi (discutaţi la pct. 9.2), acces la tratment adecvat;

b) factori defavorizanţi: absenţa coloraturii afective de tip depresiv sau maniacal, constituţia astenică (factor controversat), antecedentele heredocolaterale, posibila disfuncţie lezională cerebrală, obligativitatea tratamentului instituţionalizat îndelungat

Apreciere clinică modernă (pentru cercetare)

a) factori favorabili unui prognostic bun: tipul de debut, vârsta, posibilii factori precipitanţi, statutul marital (de căsătorit), istoric familial de tulburări afective (posibil dat fiind istoricul familial de suicid), simptome pozitive, sistem de suport (teoretic adecvat);

b) Factori nefavorabili unui prognostic bun: absenţa simptomelor afective, istoricul de violenţă (crima comisă);

12. Periculozitatea socială:

O evoluţie favorabilă sub aspect clinic nu este obligatoriu corelată cu certitudinea absenţei posibilităţii de reiterare a unui act heteroagresiv;

Comiterea unei crime într-o perioadă considerată de debut reprezintă nu numai un factor evolutiv nefavorabil ci şi un element important de adoptare a unei conduite medicale rezervată privind posibilitatea reiterării faptei;

Scalele de apreciere a periculozităţii sociale au mai mult caracter de prevenţie primară şi se adresează mai curând psihiatriei marginale; scalele de apreciere a intensităţii simptomelor, de regulă nu sunt edificatorii pentru periculozitatea socială în sensul posibilităţii reiterării comportamentului criminal (ex. clar – BPRS); oricum, nici o scală n-a fost validată, pentru ţara noastră.

Contextul psihopatologic în care s-a comis crima reprezintă un factor de dubitaţie privind posibilitatea de remisiune fără predicţie de impulsuri heteroagresive;

Pe lângă factorii nefavorabil evolutiv (enumeraţi la paragraful 12), subliniem, pentru aprecierea unei mari periculozităţi sociale

următoarele elemente: caracteristicile tulburărilor perceptuale corelate cu crima şi cu caracterul acesteia, posibila asociere a unor modificări cerebrale de tip lezional (întâlnite şi la schizofreni şi la ucigaşii în serie), tendinţa spre sistematizare şi stabilizare aproape monosimptomatică a patologiei ideative (şi chiar tematica – crimele nu sunt rare la bolnavii „misionari") cu posibilă încapsulare, capacitatea de a disimula, absenţa criticii bolii după aproape 6 luni de tratament, absenţa unor reale remuşcări cu privire la faptă......

Concluzii: Coroborând examinarea clinică cu rezultatele investigaţiilor complementare şi cu datele probatorii înaintate de către instituţia care a solicitat expertiza şi selectate de către aceasta, comisia de nouă expertiză medico-legală psihiatrică constată că numitul C.D.L. a prezentat la data comiterii faptei schizofrenie paranoidă (COD ICD = F20.0). Susnumitul nu a avut capacitate psihică de apreciere critică asupra faptei de care este învinuit acţionând fără discernământ (discernământ abolit). La data examinării în comisie prezintă schizofrenie paranoidă. Dat fiind periculozitatea socială şi incapacitatea psihică de apreciere critică asupra faptei, la momentul comiterii acesteia, se recomandă măsuri de siguranţă medicală prevăzută de art. 114C. P, cu tratamentul medical obligatoriu intraspitalicesc.

Traumatismele craniene

Traumatismele cranio-cerebrale sunt în atenția psihiatriei medico-legale în circumstanțe similare epilepsiei, modalitatea de abordare, deși specifică, urmează aceeași pași. Diferențierile mai important ar fi:

a) psihiatrul trebuie să delimiteze clar (pe cât este posibil) starea de sănătate psihică anterioară traumatismului, circumstanțele producerii traumatismului, asistența medicală specifică/ investigații specifice – în trend –, perioada de instalare a simptomatologiei psihiatrice și cursa evolutivă – până la data examinării, tablourile clinice dominante, percepția pacientului asupra evenimentului, așteptările sale legale;

b) atitudinea expertală este similară epilepsiei (cu specificitatea de rigoare) – de altfel comună patologiei psihoorganice;

c) o atenție deosebită trebuie dată aspectelor cognitive (care pot fi fluctuante), măsurilor recuperatorii (care asigură creșterea calității vieții dar, frecvent, nu și refacerea integrală a funcțiilor psihice încât să permită aprecierea unei competențe psihice specifice păstrate) precum și complicațiilor majore (epilepsia și demența);

d) trebuie avute în vedere revendicările, situație în care PTSD nu trebuie respinsă aprioric precum și depresia.

Cu privire la depresia din cadrul patologiei pendinte de traumatismele craniene reținem:

a) traumatismele craniene ușoare (Mild Traumatic Brain Injury – MTIB) se întâlnesc mai mult în contextul violenței familiale; consecințele psihiatrice/ psihologice sunt: disfuncțiile cognitive, afectarea dispoziției și a comportamentului, impulsivitate, agresivitate, neliniște psihomotorie, episoade de agitație psihomotorie, risc suicidar;

b) traumatismele craniene severe favorizează procesele degenerative cu depunere de beta – amiloid (factor de risc pentu boală Alzheimer);

c) disfuncția axonală are rol central în apariția manifestărilor depresive (factor de risc);

d) investigațiile neuroimagistice efectuate la momentul evaluării, dublate de o bună anamneză privind diagnosticul retrospectiv de MTBI și cursa evolutivă proastă pe linie cognitivă și afectivă confirmă modificări ale substanței cenușii și substanței albe; rezultă că diagnosticul retrospectiv de MTBI și cursa evolutivă proastă pe linie cognitivă și afectivă pot anticipa complicații mai severe, de tip psihoorganic, și odată analizate ar trebui menționate sub formă de recomandări punctuale (recomandări ce ar putea ajuta – când este cazul – la stabilirea daunelor).

Demențele

Demențele reprezintă cea mai frecventă patologie întâlnită în spețele civile (mai ales pentru punere sub interdicție și în „expertizele pe acte"). Demențele reprezintă o clasă de afecțiuni, în principal neurovegetative caracterizate prin alterare progresivă a funcțiilor cognitive. Din punct de vedere semiologic, demența este un sindrom caracterizat prin deteriorare cognitivă global, declin față de nivelul

anterior de funcționare la care se asociază simptome psihiatrice variate; tulburările funcțiilor cognitive, sunt uneori, precedate de tulburări ale controlului emoțional, modificări ale personalității, depresie , tulburări comportamentale sau psihotice. Aceste simptome psihiatrice însoțesc aproape întodeauna demența instalată.

Examinarea în vederea expertizării medico-legale psihiatrice urmărește: istoric și anamneză, examen psihiatric, examinarea cognitivă clinic și a stării de sănătate mintală, examen clinic general, examen psihologic – psihologie clinică –, examen neurologic, examen neuropsihologic, investigații neuroimagistice, examene electroencefalografice, analize de laborator, examenul LCR. Investigațiile paraclinice se solicit în funcție de necesități.

Diagnosticul diferențial al demențelor trebuie făcutăcu depresia severă (reactivă la factor de stres sever – de regulă această necesitate de diferențiere apare la pierdere prin deces neașteptat a unei persoane foarte apropiate ca partener sau copil, atunci când simptomatologia depresivă depășește intensitatea depresiei de doliu) și cu tulburarea cognitivă ușoară. În această ultimă situație se folosesc criteriile Petersen (citat de Băjenaru O., Popescu B. și Cătălina Tudose – 2007), respectiv acuze ale pacientului legate de alterarea memoriei, activități zilnice normale, fără afectarea activității sociale sau profesionale, funcție cognitivă în general normal, scăderea obiectivă a performanțelor mnestice caracteristice vârstei bolnavului.

În cadrul activității de expertiză trebuie foarte bine stadializată demența. Între demență sui-generis și absența capacității psihice nu există relație obligatorie. De regulă primul stadiu al demenței nu modifică capacitatea psihică la o asemenea manieră încât să apreciem automat incompetența psihică specifică. În aceeași ordine de idei, trebuie să nu uităm că persoanele vârstnice sau cele considerate ca suferinde psihic reprezintă o pradă ușoară pentru excroci, deposedându-I de bunuri. De aceea, indiferent de grozăvia diagnosticului, expertul trebuie să analizeze cu obiectivitate și detașare și funcția volitivă.

Examenul psihic efectuat în cadrul expertizării trebuie să cuprindă, obligatoriu, aprecieri privind funcționarea socială/ calitatea vieții, în diferențiere față de anterioritate iar discuția cazului trebuie să cuprindă aprecieri cu privire la evoluția sub tratament. Terapia actuală aduce beneficii considerabile pacienților și familiilor lor,

îmbunătățește remarcabil calitatea vieții permițând menținerea în familie dar nu are același efect asupra capacității volitive, bolnavul rămânând ușor de manipulat.

Să nu uităm că în mod obișnuit se crede că oamenii în vârstă dobândesc și anumite incompetențe: cum să-și petreacă timpul liber, cum să-și cheltuiască banii, cum să se îmbrace, cu cine să-și petreacă timpul, etc. Cum lumea aceasta este făcută din interese, ei ajung deseori în fața expertizei psihiatrice medico-legale.

Cei mai mulți vârstnici acceptă să-și piardă o parte din drepturi de bună voie în schimbul unei vieți decente sau a unei îngrijiri, alții însă necesită implicarea psihiatrului și a psihologului.

PROCESAREA TAXONOMICĂ PSIHIATRICĂ ȘI MANAGEMENTUL OBȚINERII INFORMAȚIILOR NECESARE ȘI A INVESTIGAȚIILOR/ EXAMINĂRILOR INTERDISCIPLINARE ÎN PRACTICA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Gabriela Costea, George Talău

INTERVIUL PSIHIATRIC

Interviul psihiatric este principalul mijloc de evaluare în activitatea clinică psihiatrică și se constituie ca suport de inițiere a planului de tratament și îngrijire. În ciuda achizițiilor majore în neuroimagistică și neurochimie nu există proceduri de laborator care să furnizeze atâtea informații precum observarea, ascultarea și interacțiunea cu pacientul, însă nici una dintre ele nu poate să substituie informațiile adunate prin interviul psihiatric.

I. Scopul interviului psihiatric

Este de a selecta problemele pacientului în categorii largi de tipologie, severitate și evoluție, chestionând, până la detaliu, în importantele arii nosologice

II. Răspunsurile așteptate prin intermediul interviului psihiatric

1. Are pacientul o tulburare mentală?

Este întrebarea fundamentală la care clinicianul trebuie să răspundă și să determine dacă există sau nu necesitatea ulterioară a evaluării sau tratamentului.

2. Cât de severă este tulburarea?

Răspunsul are în vedere necesitatea nivelului de tratament (spital/ ambulator) care este concordant cu evaluarea severității în

funcție de periculozitatea pentru sine și pentru alții, deteriorarea abilității de autoîngrijire, funcționarea socială, rolurile ocupaționale.

3. Există disfuncții cerebrale cunoscute în tulburarea mentală?

Cu toate că etiologia biologică nu este stabilită în mod clar pentru nici o tulburare mentală (cu excepția celor clasificate ca organice), există evidențe (imagistice, EEG) care sugerează un suport organic, alături de răspunsuri cunoscute la tratamente biologice și psihosociale.

4. Care este diagnosticul?

Informații descriptive cu privire la semne, simptome și evoluția în timp sunt utilizate pentru a aloca un diagnostic problemei prezente, prognosticului și tratamentului.

5. Care este nivelul de bază al funcționării pacientului?

Care a fost cea mai bună stare a sa? Care a fost starea cea mai uzuală?

Pentru a se putea răspunde la aceste întrebări se evaluează simptomatologia, relațiile interpersonale, relațiile profesionale, activitățile din timpul liber, funcțiile Eu-lui.

6. Ce factori de mediu contribuie la dezvoltarea bolii?

Se evaluează evenimente acute care precipită apariția bolii (pierderi, schimbări, evenimente traumatice etc.) precum și evenimente pe termen lung care cresc vulnerabilitatea generală, predispunând la apariția bolii și/ sau înrăutățind răspunsul la tratament.

7. Ce factori biologici contribuie la boală?

Factorii care pot afecta SNC sunt: genetici, prenatali, perinatali, postnatali (abuzul de substanțe, infecții intrauterine, complicații la naștere, expunerea la toxine, hipoxie etc.)

8. Ce factori psihologici contribuie la boală?

Deficitele generale îmbracă întreaga gamă a funcționării egoului incluzând: testarea săracă a realității, mecanisme de apărare rigide sau maladaptative, abilitatea diminuată de a tolera afecte, impulsivitate, sentiment al sinelui sărac sau instabil, stimă de sine diminuată, relații ostile, distanțe sau dependențe de ceilalți. Înțelesul fiecărui eveniment în contextul vieții pacientului se poate constitui ca factor psihologic contributiv.

9. Ce este specific pentru expertiza medico-legală psihiatrică?

Este necesar să aflăm răspunsuri la următoarele aspecte:

• Caracteristicile socio-economice, culturale și cutumale ale zonei de proveniență, ale zonei habituale actuale și, când este cazul, ale zonei în care s-a produs evenimentul ce a condus la implicare judiciară;

• Antecedentele comportamentale și penale ale pacientului, ale familiei de origine, ale familiei actuale și ale anturajului apartenent;

• Atitudinea față de autorități și față de norme sociale; concepția despre viață și despre relațiile interumane;

• Preocupări, pasiuni, nemulțumiri, frustrări, consum de substanțe psihoactive;

• Motivul solicitării expertizei și cauza judiciară în care este implicat; atitudinea față de situația sa judiciară și față de situația de expertizat;

• În cauzele penale – propria descriere a împrejurărilor comiterii faptei (comportament antefaptic, mod de comitere a faptei, comportament postfaptic, motiv, motivație, mobil), relațiile cu victima, atitudinea față de faptă și față de victimă; aderența la grupuri infracționale și atitudinea/ relațiile în raport cu situația de lider; atitudinea față de pedeapsă și, când este cazul, raporturile sale din mediul penitenciar (cu ceilalți deținuți, cu personalul penitenciarului);

• În cauzele civile trebuie să aflăm atitudinea față de drepturile și obligațiile civile ce îi revin prin constituție și patternul decizional privind propria persoană și propriul beneficiu precum și cutumele relaționale personale;

• În alte cazuri ne orientăm spre atitudinea față de implicarea judiciară; aspecte victimologice clare (când este cazul), modalitatea de apărare, comportamente de autolezare.

La pacienții aflați sub prevederile art. 113 C.P. ne orientăm asupra complianței la tratament și a respectării prevederilor legale precum și propria percepție despre beneficiul tratamentului și starea de sănătate mintală.

La pacienții aflați sub prevederile art. 114 C.P. trebuie să înțelegem percepția sa asupra măsurii de tratament obligatoriu intraspitalicesc, aprecierea proprie asupra evoluției, precum și complianța la terapiile psihologice și ocupaționale.

10. Ce cuprinde baza de date psihiatrică?

Date de identificare, motivele consultației, istoria bolii prezente, istoria trecutului psihiatric, istoria trecutului medical, istoria

personală (inclusiv a comportamentelor sexuale), istoria familială, examinarea stării mentale, aspectele specifice psihiatriei medico-legale.

III. Managementul interviului psihiatric în practica de expertiză medico-legală psihiatrică

1. Examinatorii trebuie să cunoască dosarul cauzei și orice alte informații, anterior examinării;

2. Durată examinării – 45-60 min., până în ora 17;

3. Locația – unitate sanitară, încăpere confortabilă;

4. Examinarea nu trebuie întreruptă prin alte vizite, discuții telefonice etc.;

5. Tonalitatea vocală a examinatorilor trebuie să fie scăzută, neutră, la un timbru cald;

6. Atitudinea examinatorilor trebuie să fie politicoasă, neacuzatoare, de înțelegere situațională fără a aproba faptele reprobabile;

7. Examinatorii trebuie să se prezinte (calitatea nu numele) și să explice scopul examinării (expertiză medico-legală psihiatrică la cererea autorităților);

8. Interviul psihiatric începe cu solicitarea datelor pașaportale;

9. Întrebările centrate pe situație sunt cele cu final deschis și mixte deschis – închis; se ține cont și de preferințele, potențialul, personalitatea examinatului; dacă pacientul este nefocalizat va fi întrerupt politicos. Întreruperile trebuie să le hotărască psihiatrul pentru a nu compromite reconstituirea unor simptome/ sindroame specifice și a arborelui decizional al diagnosticului;

10. Deși în practica clinică, întrebările cu final închis au fiabilitate, precizie și eficiență în timp mai ridicate, în practica de expertizare medico-legală psihiatrică situația nu este identică datorită următoarelor eventualități: simularea, apărarea de tip romanesc, inhibiția datorită fricii de expertiză, eficiența în timp(a întrebărilor cu final închis) s-ar putea să fie doar aparentă – raportul „eficiență timp"/ reconstituirea statusului psihic la un moment anterior să fie detrimental scopului/ obiectivelor expertizei;

11. Sunt interzise: întrebările multiple, exprimările moralizatoare, ignorarea unor probleme ale pacientului, minimalizarea sau

respingerea unor subiecte propuse de către pacient, comunicarea nonverbală neadecvată;

12. Deși în practica clinică, întrebările care pot fi interpretate de către pacient ca moralizatoare sunt interzise, în practica de expertiză medico-legală psihiatrică unele întrebări „interpretabile" sub acest aspect sunt (intrebări vizând comportamentul antisocial, timpul liber, motivația actului antisocial) dar acestea trebuiesc puse cu tact fără atitudine de blam;

13. Atitudinea expertului trebuie să fie de respect al ființei umane;

14. Sunt întrebări care vizează un anume tip de specificitate (cele mai grele):

a) specificități de diagnostic prezumtiv: paranoia, antisocialii ostili, deficite cognitive la vârstnici, debuturile medico-legale, patologia reactivă situațional-juridică;

b) specificități datorită faptei: infracțiunile sexuale, victimele infracțiunilor sexuale; fapte care țin de crima organizată și terorism; infracțiuni economice; omorurile deosebit de grave, omorurile fără martori, uciderea nou-născutului;

c) situații speciale: pacienții violenți, marii recidiviști, pacienții itineranți, simulanții, surdomuții (necesită translator specializat, agreat de Ministerul Justiției), nevorbitorii limbii oficiale (necesită translatori agreați de ministerul justiției), particularități culturale și de limbă.

EXAMINĂRI INTERCLINICE/ CONSULTURI INTERDISCIPLINARE

Cele mai frecvente consulturi interdisciplinare solicitate în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică sunt: examinarea neurologică, examinarea oftalmologică (examen de fund de ochi) și examinarea endocrinologică. De la caz la caz se solicită examinare antropologică, examen de medicină internă, examen ginecologic, urologic, examen genetic, examen neurochirurgical, examen oncologic, examinare ftiziologică, examinare dermatologică.

Aceste consulturi nu se solicită doar în patologia psihoorganică ci și pentru analiza judicioasă a comorbidității.

INVESTIGAȚII PARACLINICE

Psihiatria se situează într-o poziție interdisciplinară, psihiatrul având datoria să se ridice deasupra contururilor, granițelor disciplinare și să obțină o viziune epistemologică – singura ce-l poate plasa cât mai aproape de o decizie justă în suferința sufletească. Medicul psihiatru trebuie să aibă o bună pregătire medicală pentru că el, în fapt, operează cu 2 competențe: una de medic de medicină generală și una de medic psihiatru. Atunci când competența psihiatrului este depășită cu privire la evaluarea și tratamentul afecțiunii psihice/ medicale se impune solicitarea unui consult interdisciplinar pentru aprofundarea investigațiilor și instituirea unui tratament specific. Medicația psihotropă obligă la măsurarea cantitativă a nivelelor plasmatice a medicamentelor utilizate în scopul stabilirii unei doze terapeutice eficiente, precum și diagnosticarea și cuantificarea gradului de toxicitate a unor droguri de abuz. În ultimul timp s-au descoperit anumiți markeri biologici sau imagistici ce pot fi identificați în contextul unei anumite tulburări psihiatrice, dar nu s-a putut stabili cu certitudine validitatea acestora și încadrarea lor într-un anumit protocol de investigație.

Testele clasice de laborator se solicită judicios, în funcție de caz. Considerăm necesar să le reamintim deși marea majoritate, în activitatea de expertiză, se solicită rar dar, e bine să nu le omitem atunci când se impun, cu atât mai mult cu cât psihiatria medico-legală înseamnă și tratament obligatoriu (intraspitalicesc sau ambulatoriu).

1. Teste hematologice

Fenotiazinele (în special clozapina) sunt asociate cu leucopenie sau chiar cu agranulocitoză; tratamentul cu litiu poate fi însoțit de o leucocitoză moderată; sindromul neuroleptic malign poate fi însoțit de o creștere marcată a leucocitelor (15000 – 30000/ mm^3).

Anemiile feriprive se pot asocia cu astenie, depresie, psihoză; anemiile megaloblastice se pot asocia cu agitație, delir, fatigabilitate, psihoză, modificări ale personalității.

2. Teste biochimice:

• Sodiul plasmatic (hiponatriemia) – se poate asocia cu următoarele condiții medicale și psihiatrice: Boala Addison, Sindromul secreției inadecvate de ACTH, Polidipsia psihogenă;

• Potasiul plasmatic (hipokaliemia) se poate asocia cu: Vărsătură psihogenă, Bulimie cu abuz de laxative, Stări de fatigabilitate, Modificări EKG, Ileus paralitic, Pareză musculară;

• Hipercalcemia se poate acocia cu: Slăbiciune, Depresie, Astenie, Psihoză, Modificări EKG;

• Hipocalcemia se poate acocia cu: Depresie, Delir, Iritabilitate, Spasm carpopedal, Laringospasm;

• Magneziul plasmatic este de obicei scăzut în alcoolism; hipomagneziemia se poate însoţi de: Delir, Agitaţie, Convulsii, Comă.

2. Determinări enzimatice:

• Amilaza serică este utilizată în monitorizarea pacienţilor bulimici (cantitate crescută);

• Alaninaminotransferaza este implicată în evaluarea afectării toxice a ficatului;

• Aspartataminotransferaza este un indicator al afectării funcţiei hepatice;

• Creatinfosfokinaza este implicată în: Sindromul neuroleptic malign, Abuzul de substaţe, La pacienţii aflaţi în mijloace de contenţie, Distonia determinată de antipsihotice;

• Gamaglutamiltransaminaza – crescută în alcoolism.

3. Testarea funcţiei renale:

• Examenul sumar de urină, în scopul cercetării unor condiţii medicale (nefrotice, diabet zaharat, diabet insipid, boli hepatobiliare etc);

• Ureea plasmatică este asociată cu tulburări ale stării de conştienţă;

• Creatinina plasmatică este un indicator al afectării nefronilor; importantă în administrarea de antipsihotice;

• Clearance-ul de creatinină se efectuează pentru monitorizarea funcţiei renale în tratamentul cu litiu.

4. Alte determinări frecvente la pacientul psihiatric:

• Proteinele totale pot scădea în: malnutriţie, anorexie nervoasă, depresie, tratament antidepresiv, antipsihotic sau anticonvulsivant; creşterea proteinelor totale se întâlneşte în lipsa hidratării;

• Bilirubina totală este crescută în afecţiuni ale ficatului determinată de consumul abuziv de alcool şi de administrarea îndelungată a medicamentelor psihotrope – agresive hepatic (fenotiazine);

• Amoniacul plasmatic – poate fi crescut în cazul encefalopatiei din cadrul insuficienței hepatice și dă naștere la o alterare a statusului mental și tulburări ale conștienței, delir, somnolență, convulsii, comă;

5. Condiții medicale cu simptome psihiatrice asociate cu modificarea testelor de laborator:

• Porfiria acută intermitentă, asociată cu agitație episodică, apatie sau depresie, alături de simptomele sale clasice (dureri abdominale, neuropatie) este însoțită de creșterea uroporfirinei în perioadele simptomatice, creșterea acidului aminolevulinic;

• Boala Wilson (degenerare hepatolenticulară) se manifestă cu scăderea ceruloplasminei, scăderea clorului seric, creșterea cuprului urinar; prezența depozitelor de cupru în ficat și rinichi.

6. Teste toxicologice

Sunt folosite în: consumul abuziv de droguri, terapii medicamentoase, intoxicații accidentale.

7. Teste imunologice

Se efectuează în:

– Boli infecțioase: Sifilis, HIV – SIDA, hepatita virală, infecția cu virusul Epstein – Barr și cu citomegalovirus;

– Boli autoimune: Lupusul sistemic eritematos, tiroidita autoimună.

8. Teste endocrine

Se efectuează analizele specifice pentru evaluarea funcțiilor tiroidei, corticosuprarenalei, hormonului de creștere, prolactinei și funcției sexuale.

ELECTROENCEFALOGRAFIA

Electroencefalografia reprezintă o investigație de rutină mai ales când se pune problema diagnosticului diferențial. Este recomandabil, ca la prima expertizare să se facă automat pentru a evita, din start, tendințe ulterioare de simulare (neexcluzându-se posibilitatea ca între două expertizări să fi apărut un eveniment care să ne oblige la această investigație. Subliniem că, la persoane cu tulburări impulsive-explozive și la antisociali pot apărea modificări EEG de tip iritativ, grafoelemente ascuțite; de asemenea un procent crescut de unde lente theta nu exprimă obligatoriu un retard mintal. În bolile psihice apar modificări ale traseelor EEG fără a fi patognomonice. Se apreciază că

modificările EEG la nivel temporal pot fi relaționate cu comportamentul violent.

Fără a repeta cele expuse la capitolul despre epilepsie precizăm câteva aspecte legate de această boală invalidantă care susțin diagnosticul:

• 35% din bolnavi prezintă anomalii EEG, în cazul repetării examenului și 15% nu prezintă modificări;

• ajută la clasificarea crizelor (ex: vârf-undă generalizat în absențe, vârf-undă focal în epilepsiile legate de o localizare);

• permite localizarea focusului (mai ales pentru evaluarea preoperatorie);

• susține decizia de suprimare a tratamentului (ameliorarea traseelor).

Pe lângă electroencefalograma clasică (de scalp), la necesitate se apelează la tehnici EEG specializate (Radu Rogozea, 2004):

• EEG computerizată (analiza activității electrice prin tehnici computerizate ca mapping, coerență interemisferică etc.);

• monitorizarea intensivă video/EEG (pentru diagnosticul mai precis si EEG al crizelor si al topografiei focusului epileptic; este folosită doar în unități sanitare specializate, la un număr foarte mic de bolnavi (cu consimțământul acestora), mai mult pentru evaluarea preoperatorie, dar și pentru stabilirea diagnosticului pozitiv de epilepsie temporală/ validarea automatismelor ambulatorii, pentru diferențierea – în cazuri limită – de tulburare factică sau simulare;

• magnetoencefalografia (apare necesară pentru localizarea focarelor epileptice mai ales când MRI sau EEG sunt negative;

• poligrafia se folosește la analiza complexă a grafoelementelor patologice EEG în corelare cu manifestările EMG si vegetative;

• polisomnografia se utilizează pentru diagnosticul nocturn al unor forme de epilepsie și pentru diferențierea acestora de atacuri neepileptice nocturne ca apnea de somn, parasomniile.

• Mapping-ul activității electrice a creierului (BEAM) *(Brain electrical activity mapping).*

BEAM realizează o vizualizare topografică a EEG și a potențialelor evocate (EP), redă ariile diferitelor niveluri ale activității electrice cerebrale, prin electrozi de scalp. Prin tehnici noi de procesare, se realizează o hartă pe care, fiecare punct primeşte o valoare numerică, reprezentând activitatea sa electrică. Fiecare

valoare este calculată prin interpolare liniară între cei mai apropiați trei electrozi. Unele rezultate preliminare evidențiază diferențe la bolnavii cu schizofrenie. Potențialele evocate diferă în spațiu și în timp. În unele regiuni este crescută activitatea beta asimetrică iar în lobii frontali este crescută activitatea prin unde delta.

Electroencefalogramele sunt efectuate și interpretate de către medicul cu competență în examinări electroencefalografice, acesta scriind și protocolul de interpretare cu concluzii.

INVESTIGAȚII IMAGISTICE

1. Tomografia computerizată (CT) se efectuează în caz de necesitate.

Indicațiile clinice sunt demența sau depresie, investigarea generală cognitivă și medicală și investigarea de rutină a oricărui debut (prim episod) psihotic, la alcoolici și toxicomani la benzodiazepine (atrofie corticală), în cercetare. Se urmărește în principal atrofia corticală/ creșterea mărimii ventriculilor. C.T. evidențiază și alte modificări importante ale creierului: tumori, malformatii arteriovenose, malformatii majore, hemoragii importante și mai ales leziuni calcificate. Ex. C.T. nu este eficient în leziunile bazale din regiunea orbito-frontală și temporo-mezială.

2. Imagistica prin rezonanță magnetică (RMI), denumită anterior rezonanță magnetică nucleară se recomandă la necesitate. MRI măsoară frecvențele radio emise de diferite elemente [chimice] din creier, după aplicarea unui câmp magnetic extern. Produce imagini pe secțiuni și măsoară structura, niciodată funcția. Furnizează o rezoluție mult mai mare decât CT, în special în substanța cenușie. Nu implică iradiere (radiații) și prezintă un risc minim sau absent pentru pacienți, din partea câmpurilor magnetice puternice.

Poate să vizualizeze bine structurile profunde de pe linia mediană. Este de preferat in epilepsie deoarece evidențiază leziunile discrete de la bază, scleroze hipocampice, defecte de dezvoltare corticală, și leziuni ischemice mici.

3. Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) oferă informații asupra fluxului sanghin și metabolismului regional și evidențiază hipometabolismul interictal în aria focarului epileptogen. Se folosește și în cercetare pentru studiul agresivității.

4. Tomografia computerizată cu emisie de foton unic (SPECT) analizează fluxul sanghin cerebral atât critic cât și postcritic și se constată că fluxul crește în criză.

5. MRI funcțională analizează fluxul sanghin, oxigenarea și fluxul venos în arii cu activitate neuronală crescută.

6. Spectroscopia cu rezonanță magnetică (MRS) oferă informații funcționale și biochimice care pot fi corelate cu modificările de structură. Evidențiază scăderea N-acetilaspartatului și creșterea creatininei și colinei în focarul epileptogen.

În afară de CT și MRI celelalte investigații imagistice sunt folosite mai mult în cercetare, neurochirurgie, mai rar în neurologie și foarte rar în psihiatrie (doar în cazuri limită).

Investigațiile imagistice se recomandă, la epileptici, pentru stabilirea diagnosticului etiologic și evaluarea prognosticului, în scopul diagnosticului etiologic și al evaluării. De regulă, se utilizează la: la epilepticii cu forme atipice de crize, la prima criză când sunt suspiciuni de organicitate, la epilepticii la care crizele se agravează.

Investigațiile imagistice sunt efectuate și interpretate de către medici cu competență în domeniu, aceștia scriind și protocolul de interpretare cu concluzii.

INVESTIGAȚII PSIHOLOGICE

Întrucât investigațiile psihologice vor fi prezentate separat, în acest capitol dorim să punctăm ce așteptări are medicul psihiatru de la un psiholog, în vederea obținerii unei expertize de calitate:

• Să fie specializat în psihologie clinic, în efectuarea de teste psihologice clinice țintite pe tipul de cauză/ vârstă;

• Să înțeleagă dosarul cauzei (pe care să-l citească înainte de inițierea primei examinări sau măcar să se orienteze cu privire la ceea ce scrie în dosar și să-l aprofundeze ulterior);

• Să fie fin observator al comportamentului persoanei expertizate și să descrie sugestiv acest comportament;

• Să realizeze interviuri structurate și semistructurate corelând datele biografice cu cele medicale și cu celelalte probe judiciare nonmedicale;

• Să folosească teste și scale adecvate (diagnostic, speță, vârstă, instrucție, comportament) agreate și de psihiatrul cu care colaborează; pe cât posibil testele să fie validate în țara noastră;

• Scalele clinice folosite să fie adecvate scopului (ex. agresivitate, evoluția schizofreniei – pentru bolnavii aflați sub prev. art. 114 C.P. etc.);

• Să cunoască limitele fiecărui tip de teste și să nu efectueze teste pe care nu le poate interpreta corect;

• Să aibă cunoștințe adecvate despre simulare;

• Să nu efectueze examinarea psihologică pornind de preconcepții privind infractorii și nici influențat de examinări psihologice anterioare;

• Să cunoască pe cât posibil limbajul colocvial și patternul comportamental de „gang";

• Să se comporte adecvat (realizând confortul psihologic de examinare) dar ferm;

• Să redacteze protocolul de examinare fără abateri de la valoarea științifică dar concluziile să reprezinte o „traducere" pentru înțelesul juriștilor;

• Subliniem că o bună colaborare psihiatru – psiholog reprezintă o cheie a succesului în demersul de expertizare medico-legală psihiatrică.

Reamintim câteva baterii de teste agreate în practica de expertiză medico-legală psihiatrică:

• Teste de inteligență: Scala Wechsler (WAIS/ WISC), Matricile progresive Raven și, eventual, testul Stanford-Binet;

• Chestionare de personalitate: SCID, EPQ – Eysenk Personality Questionnaire, 16 PF – The 16 PF Factor Test, CPI – California Personality Inventory, FPI – Freiburg Personality Inventory

• Teste proiective: testul desenului familiei, testul arborelui, Testul Rorschach, Testul Szondi,

• TAT – The Thematic Aperception Test.

SCALE CLINICE

Scalele clinice, indiferent cine le aplică (și le interpretează, stabilind scorurile/ concluziile) trebuiesc alese în colaborare/

eventual solicitate de psihiatru care nu trebuie să implice psihologul în aplicarea unei scale pentru care nu are pregătirea necesară); scalele trebuie să fie obligatoriu validate pe populația țării.

Scale clinice mai uzitate

1. Scale de evaluare a impulsivității/ agresivității/ riscului de comportament violent și recidivă: BDHI (Buss-Durkee Hostility Inventory), OAS-M (Overt Agression Scale – Modified);, HCR-20;

2. Scale de evaluare a abuzului de substanțe: CAGE, AUDIT, ASI (Addiction Severity Index);

3. Scale de evaluare geriatrică: ADAS (Alzheimer s Disease Assessment Scale), BLS (Blessed Dementia Scale);

4. Scale de evaluare a calității vieții: QOLI (Lehman Quality of Life Interview), PGWB (Psychological General Well Being Schedule;

5. Scale de evaluare a riscului suicidar: BSS (Beck Scale for Suicide Ideation), California Risk Estimator for Suicide;

6. Scale de evaluare a psihozei: PANSS (Positive and Negative Symptom Scale for Schizofrenia), BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale), SAPS (Scale for Assessment of Positive Symptoms), SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms);

7. Scale de evaluare a depresiei: HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression), MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), BDI (Beck Depression Inventory) CDRS (Cornell Dystimia Rating Scale);

8. Scale de evaluare a maniei: YMRS (Young Mania Rating Scale), Scala de manie a lui Altman;

9. Scale de evaluare a anxietății: HAM –A (Hamilton Rating Scale for Anxiety), SPRAS (Sheehan Patient – Rated Anxiety Scale), Scalele Spielberger – STAI (State/Trait Anxiety Inventory), Y-BOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale), DTS (Davidson Trauma Scale);

10. Scale de funcționare globală: CGI (Clinical Global Impression), CGI – I, CGI– S, GAF (Global Assessment of Functioning), GARF (Global Assessment of Relational Functioning);

11. Scala GAF

Prin dezvoltarea actuală a neuroștiințelor s-au creat modele de pattern-uri comportamentale specifice, pentru majoritatea bolilor psihice. Cercetările de psihofarmacologie clinică și farmaco-genomică au identificat modele evolutive diferite pentru boli psihice diferite, în funcție de adecvarea și complianța terapeutică, cu consecința

clasificării remisiunilor (completă, incompletă sau defectuală) în corelare cu răspunsul terapeutic, complianța și aderența la tratament, efectele adverse (număr, semnificație) ale medicației psihotrope la nivel cerebral sau somatic/ metabolic. Tipul de remisiune determină nivelul de funcționare psihică, somatică și sociala a pacientului.

Funcționarea socială și ocupațională la bolnavii psihici este în interdependență cu nivelul și cu numărul dizabilităților psihiatrice, somatice, cognitive și sociale. Noțiunea de dizabilitate se referă la incapacitatea pacientului cu tulburare psihiatrică de a-și exercita, în condiții optime, rolurile sociale (roluri de autoîngrijire, familiale, macrosociale și ocupaționale). Cele mai utilizate scale de apreciere a dizabilităților sunt „WHO Psychiatric Disability Schedule" care evidențiază disfuncționalitățile sociale și „Groningen Social Disabilities Schedule" ce apreciază global incapacitatea pacientului de exercitare a rolurilor sociale. În aprecierea funcționării sociale se ia în considerație atât comorbiditatea psihiatrică cât și comorbiditatea somatică.

După cum am precizat anterior, în practica psihiatrico-medico-legală, aprecierea funcționării sociale ocupă un loc central. În prezent, diagnosticul funcțional (axa V în DSM IV – TR) se apreciază utilizând scala GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*). Pe plan internațional, scala GAF este cea mai utilizată scală, fiind considerată obiectivă; este exprimată procentual. Dar pentru stabilirea concluziilor este necesară integrarea în diagnosticul clinic și funcțional în corelare cu factorii de risc psihosociali, biologici (cerebrali, somatici și cognitivi).

SCALA GLOBALĂ DE EVALUARE A FUNCȚIONALITĂȚII SOCIALE INTERPRETAREA (GAFS)

Scor 100-91: Individul funcționează la nivel superior într-o gamă largă de activități; problemele existenței par să nu scape niciodată de sub control; este apreciat de ceilalți datorită calităților sale; nu se constată nici un simptom psihopatologic;

Scor 90-81: – simptome absente sau minime (de exemplu anxietate ușoara înaintea unui examen); funcționare bună în toate zonele de activități; este interesat și implicat într-o gamă largă de activități; este eficient social, în general, satisfăcut de viață; nu are mai

mult decât probleme şi griji de fiecare zi (de exemplu o ceartă ocazională cu membrii familiei);

Scor 80-71: – dacă sunt prezente simptome psihopatologice, acestea sunt tranzitorii şi sunt reacţii comprehensibile la stresorii psihosociali (de exemplu dificultăţi de concentrare după un conflict cu familia), – nu mai mult decât tulburări discrete în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu rămâne, pentru scurt timp, în urmă cu temele);

Scor 70-61: – simptome uşoare (de exemplu dispoziţie depresivă sau insomnie uşoară); unele dificultăţi în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu, chiul ocazional sau furturi din casă), funcţionarea generală fiind relativ bună; există câteva relaţii interpersonale semnificative,

Scor 60-51: – simptome moderate (de exemplu aplatizare afectivă, vorbire circumstanţială, ocazional, atacuri de panică); dificultate moderată în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu prieteni puţini, conflicte cu colegii, salariaţii);

Scor 50-41: – simptome serioase (de exemplu ideaţie suicidară, ritualuri obsesionale severe, furt frecvent din magazin); tulburări severe în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu, fără prieteni, incapabil de a-şi păstra slujba);

Scor 40-31: – tulburări în testarea realităţii sau în comunicare (de exemplu în unele momente, vorbirea este ilogică, obscură, irelevantă); tulburări majore în unele domenii, printre care judecată, gândire, dispoziţie, muncă sau şcoală, relaţiile din cadrul familiei (de exemplu persoana depresivă care îşi evită prietenii, îşi neglijează familia, este incapabilă de muncă, prezintă un anumit nivel de agresivitate, are diverse eşecuri şcolare);

Scor 30-21: – comportament influenţat considerabil de delir sau halucinaţii; tulburare severă în comunicare sau judecată (de exemplu uneori incoerent, acţionează evident neconcordant cu situaţia; preocupări suicidare; incapacitate de a funcţiona în majoritatea domeniilor social, ocupaţional sau familial (de exemplu stă în pat toată ziua, nu are serviciu, nu are prieteni);

Scor 20-11: – există pericolul de a face rău altora sau sie însuşi (de exemplu tentative suicidare), frecvent violent, agresivitate sau excitaţie maniacală; nu reuşeşte să menţină o minimă igienă

personală; tulburare grosieră în comunicare (de exemplu incoerență cvasipermanent),

Scor 10-1: – pericol persistent de a produce rănire severă altora sau sie însuși (de exemplu violență recurentă); inabilitate persistentă de a menține igiena personală minimă; acte homicidare; expectație mare de moarte; frecvente tentative de suicid.

INVESTIGAȚII SOCIOCULTURALE ȘI RELIGIOASE

1. Observația (observația indirectă, observația participativă)

2. Ancheta socială (chestionar, interviu, anchetă prin telefon)

Anchetele/ evaluările sociale reprezintă o investigație deosebit de importantă în psihiatrie în general și în mod deosebit în psihiatria medico-legală unde poate aduce răspunsuri la majoritatea problemelor pe care le ridică o persoană aflată în situație judiciară. Are avantajul că este neutră și, frecvent, oferă date care spulberă o construcție de apărare a unui infractor ce oferă informații nereale sau trunchiate. În cazul minorilor aduce informații valoroase ce ar putea fi folosite în scop preventiv și psihoprofilactic. Practica de zi cu zi demonstrează că nu sunt suficiente persoane calificate în domeniu, încât majoritatea anchetelor sociale primite nu au valoare în activitatea de expertiză (indiferent de cauză – inclusiv pentru înlocuirea/ ridicarea măsurilor de siguranță cu caracter medical, de vârstă etc.).

Simona Dragomirescu propune, pentru minori, efectuarea unui „Referat de evaluare" de către un asistent social afiliat comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică.

Referatul de evaluare ar trebui să cuprindă informații referitoare la minorul expertizat pentru delincventă, modul său de viață, familie, societate, date privind fapta comisă și o evaluare a gravității acesteia, precum și a atitudinii infractorului față de infracțiune și circumstanțele ei, date referitoare la riscul de recidivă, acestea fiind menite să contribuie la stabilirea necesității aplicării arestului preventiv, la faza de urmărire penală, sau a oricărei altei măsuri de pedeapsă, în procesul judecării cauzei. Aceste rapoarte, menționate în raportul de expertiză ar oferi instanțelor de judecată informații pentru a putea aprecia mai bine nu numai gradul de pericol social al infractorului în raport cu fapta săvârșită, ci și pericolul pe

care acesta îl reprezintă pentru societate, în general. În conținutul acestuia ar trebui să se reflecte problemele psihosociale cu care se confruntă învinuitul/inculpatul, prezentând eventualele soluții pentru elucidarea lor.

Întocmirea referatului

Referatul de evaluare psihosocială ca formă, ar trebui să fie un bloc de informații referitoare la următoarele aspecte:

• personalitatea individului,

• la micro-mediul și mediul social în care el s-a născut și s-a dezvoltat;

• sinteza acestor informații în scopul determinării principalelor probleme cu care se confruntă persoana;

• formularea de soluții, propuneri pentru facilitarea rezolvării acestora;

• evaluarea riscului de recidivă. Informațiile ar trebui să fie grupate în capitole aparte, după cum urmează:

„*1.* În ***Introducere*** sunt cuprinse informațiile referitoare la: identificarea minorului, fapta sau faptele pentru care este trimis în judecată sau cercetat penal, instanța de judecată care a solicitat referatul, numărul dosarului penal, termenul de judecată, numărul și data adresei de sesizare din partea instanței de judecată.

2. Sursele de informații

a) Din dosarul penal se consultă și se verifică următoarele date și înscrisuri: date de identificare, numele, data și locul nașterii, părinții, domiciliul și adresa, date despre faptă (rechizitoriul), antecedentele (cazierul), situația familială, ancheta socială, situația școlară, caracterizări. Pe baza consultării acestei surse se pregătește primul interviu cu clientul, care presupune realizarea planului de interviu, realizarea ghidului de interviu și pregătirea spațiului în care se va desfășura interviul.

b) Pacientul – de regulă, contactarea acestuia este bine să fie făcută după ce se cunoaște un minim de informație pentru a evita potențiale traume, pentru a putea aprecia gradul de sinceritate al acestuia. De fapt, persoana investigată prezintă o importanță deosebită pentru evaluarea cazului și pentru întocmirea referatului de probațiune.

c) Părinții: modele de educație, atașament.

d) Persoana sau instituția în a cărei supraveghere se află beneficiarul – instituții de învățămînt tip internat, centre de plasament.

• Cadre didactice şi documente şcolare – contactarea administrației instituției de învățământ, analizarea catalogului (reuşită, frecvență, purtarea etc.).

• Scoala (profesori, colegi) – atitudinea copilului față de scoala, relațiile dintre copil şi colegii de şcoală.

• Medici, psihologi, asistenți sociali şi alți specialişti – contactarea specialiştilor în a căror evidență se află pacientul.

• Vecini, grup de prieteni şi alte surse relevante în cauză – atitudinea comunității față de client.

3. Date privind persoana expertizată:

• istorie personală – nume/ prenume, vârstă, starea sănătății, eşecuri semnificative, pierderi (părinți, bunici), dificultăți de învățare, impulsivitate, valori etc.;

• familia – relații din familie, tip de disciplinare, ataşament, izolare socială;

• condițiile de trai, veniturile, vecinătatea etc.;

• dependența de alcool, drog, jocuri de noroc;

• şcoala – succes sau eşec, abandon;

• prietenii – modele de comportament;

• stilul de viață – îşi asumă riscuri, contact cu persoane deviante, modul în care îşi petrece timpul liber;

4. Date privind comportamentul minorului expertizat:

• aspecte predelincvențiale – abandonul, fuga de acasă, cerşitul, vagabondajul, folosirea substanțelor psihoactive, etc.;

• numărul şi tipul antecedentelor penale;

• circumstanțele, planificarea, locul săvârşirii etc.: în grup sau individual – cui aparține ideea? timpul dintre infracțiuni; schimbarea patternului infracțional; răspunsul la diverse forme de disciplinare/ sancționare; factori protectivi/ inhibitori etc.

5. Perspectivele de reintegrare în societate

Perspectivele de reintegrare în societate decurg din datele prezentate în referat şi trebuie să fie motivate şi prezentate pe scurt. Este recomandabil ca în cazul în care se consideră că trebuie aplicată o măsură neprivativă de libertate, referatul de evaluare să cuprindă în

acest capitol un plan general de supraveghere care ar putea fi inclus de către instanță în sentință.

Pentru a stabili care sunt perspectivele de reintegrare, este necesar a analiza dorința pentru reabilitare, dorința membrilor familiei sau a altor persoane apropiate sau organizații de a acorda sprijin inculpatului în vederea reabilitării sale, oportunitățile pe care le are inculpatul sau pe care le oferă societatea în care trăiește, cum ar fi: continuarea studiilor, calificarea, recalificarea, ocuparea unui loc de muncă etc., programele educaționale în care poate fi inclus inculpatul în scopul reabilitării lui (diminuarea consumului de alcool sau de drog, însuşirea unor deprinderi şi abilități sociale), condițiile în care trăieşte (familie, grup de prieteni).

6. Metodologia de întocmire a referatului

Etapele de culegere a informațiilor

a. Consultarea de materiale – dosar penal.

b. Interviu (față în față, telefonic), pentru care se presupune realizarea planului şi ghidului de interviu, stabilirea unor obiective clare ale interviului, utilizarea întrebărilor închise şi deschise în mod adecvat, structurarea planului de interviu în trei compartimente, şi anume:

• introducere (se prezintă scopul interviului şi modalitatea de intervievare, precum şi durata aproximativă a acestuia);

• cuprins (se aduce conținutul interviului structurat conform obiectivelor);

• încheiere se sumarizează şi se verifică dacă obiectivele interviului au fost atinse, se mulțumeşte clientului pentru colaborare şi se termină pe o notă pozitivă, se stabileşte, dacă este cazul, o nouă întâlnire)."

FACTORI PERTURBATORI

1. Factorii ce țin de rasă, etnie, cultură și factorii socio-economici pot influența cursul interviului între pacient și intervievator.

2. Statusul emoțional poate, deasemenea, interfera și conduce la interpretări și înțelesuri ale comportamentului pacientului și intervievatorului.

3. Ignoranța bine intenționată poate interfera cu comunicarea și evaluarea corespunzătoare

4. Unele culturi acordă o importanță mai mare politeții și respectului autorității, în comparație cu culturile vestice.

5. Multe culturi non-vestice acordă o valoare mai importantă solidarității familiale decât individului.

MANAGEMENTUL OBȚINERII INFORMAȚIILOR NECESARE ȘI A INVESTIGAȚIILOR/ EXAMINĂRILOR INTERDISCIPLINARE

Colaborarea cu instituțiile care solicită expertize/ analiza datelor probatorii nonmedicale:

Ambele părți trebuie să se exprime clar cu privire la ceea ce solicită. Comunicarea se face, de regulă, prin adrese. Comisiile de expertiză medico-legală psihiatrică se adresează instituței care a solicitat expertiza și unităților sanitare. Adresele trebuie să fie complexe, clare, motivate comprehensibil. În cazul noilor expertize, regula este să se ceară dosarul cauzei (se înaintează în original sau în copie).

În dosarul cauzei există informații medicale, medico-legale și nonmedicale. Actele medicale trebuiesc analizate și sub aspectul fezabilității lor (în legătură cu unitatea sanitară, perioada de emitere, formularea conținutului etc.) deoarece, nu de rareori s-a constatat că la dosar au fost depuse falsuri. Dintre actele nonmedicale unele sunt obiective (actele privind scena crimei, expertize tehnice/ criminalistice, procese verbale punctuale, fotografii, înregistrări, încheieri de ședință etc.) dar altele sunt cu un grad crescut de subiectivitate (declarații, interogatorii). Aceste înscrisuri nonmedicale cu grad ridicat de subiectivitate le putem numi „mărturii". Menționăm că atât rechizitoriile cât și afirmațiile avocaților nu pot intra în categoria actelor nonmedicale obiective deoarece reprezintă analize, pertinente cu valoare de punct de vedere. Expertul trebuie să fie neutru între acuzare și apărare, între procuror și persoana expertizată. Până la hotărârea judecătorească definitivă, persoana pe care o expertizăm nu este vinovată.

Analiza credibilității mărturiilor

Codul român de procedură penală prevedere în cadrul probelor și mijloacelor de probă, condițiile de apreciere a declarațiilor învinuitului sau inculpatului, ale părții vătămate, ale părții civile, ale părții responsabile civilmente precum și ale martorilor. Astfel,

calitatea de martor poate fi avută de „orice persoană care are cunoştinţa despre vreo faptă sau vreo împrejurare de natura să servească la aflarea adevărului", inclusiv de către minori, cu precizarea că „până la vârsta de 14 ani", ascultarea se face în prezenţa unuia dintre părinţi, a tutorelui sau a persoanei căreia îi este încredinţat minorul spre creştere şi educare. Pentru momentul declaraţiei şi/ sau a depunerii mărturiei reţinem aprecieri nuanţate respectiv:

a. în calitate de învinuit sau inculpat, persoana trebuie să aibă capacitate psihică de a-şi exercita dreptul la apărare, situaţie ce implică aptitudinea de a o expune succesiunea evenimentelor care l-au condus, prin acţiune sau inacţiune la comiterea faptei, de a-şi motiva fapta comprehensibil printr-o modalitate aleasă. O astfel de apreciere include şi alte posibilităţi de apărare decât atitudinea sinceră, ca negarea, atitudinea simulativă, minciuna.

b. pentru calitatea de parte vătămată, parte civilă, parte responsabilă civilă sau de martor ne referim la capacitatea psihică a persoanei de a se exprima cu liberă voinţă cu privire la un fapt, la o situaţie, atitudine nesinceră, aprioric nefiind considerată. O astfel de apreciere implică capacitatea psihică de a decide asupra sa şi a altora.

c. în ambele situaţii se apreciază capacitatea psihică a persoanei de a decide asupra modului de „a fi" în raport cu drepturile şi obligaţiile civile ce le acordă normele legale, de a înţelege conţinutul şi consecinţele social-juridice ale propriilor declaraţii.

Ca aspecte particulare ale problematicii expuse, reţinem:

• vârsta de la care poate fi ascultat minorul. Forţa imaginativă a copilului se dezvoltă încă de la vârsta de 3 ani, dar până în jurul vârstei de 8 ani exacerbarea acestei funcţii exprimată prin minciună este fiziologică;

• în condiţiile dezvoltării societăţii civile, apărarea poate deveni mai acerbă iar apărătorul ales al oricăreia dintre părţile aflate în proces ar putea încerca să accentueze relativitatea relatărilor martorilor părţii adverse, prin tulburări psihice, mai mult sau mai puţin evidente, acţiune ce ar putea fi considerată în beneficiul clientului său;

• în ambele situaţii descrise, marile dificultăţi apar în cauzele în care o mărturie ar putea declanşa un proces (ex. infracţiuni contra vieţii sexuale, tentative de omor), în cazul violenţei intrafamiliale sau în cazurile în care martorii au antecedente penale;

• dificultățile se accentuează când martorii posibili sunt puțini (sau martor unic) situație în care depoziția martorului ocular este indispensabilă; aprioric orice depoziție este „fragilă" chiar la persoanele fără tulburări psihice sau fără istoric de tulburări psihice.

Limitele validității mărturiei oculare

Înainte de 1990, Hugo Mungsterberg a menționat irelevanța frecventă a mărturiilor oculare. După aproape un secol, în Raportul Devlin (Anglia 1976), se subliniază ca tentativele psihologilor de a studia exhaustiv și de a elucida pe cât posibil complexitatea mărturiei oculare și potențialul de eroare a acesteia nu a avut impactul de necesitate, „între cercetarea teoretică a capacității minții umane și cerințele practice ale curților de justiție" existând încă o mare prăpastie.

Teoretic, depoziția unui martor trebuie să fie caracterizată prin extindere, fidelitate și grad ridicat de certitudine subiectivă. Dar, atât teoretic cât și practic, fiabilitatea depoziției, cu sau fără risc de eroare judiciară, este de asemenea, admisă. Totuși, nu se poate ignora proba, deoarece, spre exemplu, măcar una din părți ar fi în imposibilitate de a-și dovedi nevinovăția pe baza de alibi, ceea ce ar contraveni drepturilor omului, respectiv drepturilor de apărare. În aprecierea „normalității persoanei cu calitate de martor sau chiar de parte, în vederea atestării credibilității mărturiei ne referim în primul rând la funcțiile perceptivă, prosexică, amnezică, imaginativă și afectivă. Se analizează separat implicarea și influența distorsiunilor cognitive – afective, comprehensibile prin stresul dat de situația „de martor" și de interogatoriu precum și de posibilitatea ca amintirea actului delictual să fie contaminată de elemente perturbatorii ulterioare. Dificultățile sunt generate, în principal, de natura fluidă a memoriei.

Implicarea psihopatologiei în aprecierea credibilității mărturiei

Tulburările psihice tranzitorii sau permanente, marginale sau psihotice, endogene sau nu, aflate, în diferite faze evolutive, pot constitui motive de anulare sau desconsiderare a mărturiilor, chiar considerate posibil credibile. Cele mai abordabile categorii taxonomice sunt:

La minori

1. Probleme legate de mediul social, de evenimentele negative de viață din copilărie, de educație, de calitatea grupului de suport primar (coduri O.M.S. Z61, Z62, Z63);

2. Aprecierea cognitivă la nivelul intelectual de limită sau al debilității mintale ușoare;

3. Tulburarea de conduită, tulburări mixte ale conduitei și evoluției, tulburări emoționale cu debut specific în copilărie, tulburări ale funcționării, cum ar fi tulburarea de atașament de tip dezinhibat (coduri O.M.S. F91-F94).

La adulți

1. Tulburări mentale organice (afective, anxioasă, labil-emoțională de personalitate) cu etiologie diversă incluzând și consumul de substanțe psihoactive;

2. Tulburări endogene în stadii diferite evolutive;

3. Tulburări necrotice corelate cu stresul;

4. Tulburări specifice de personalitate cu precizarea ca în cadrul acestora trebuie analizat și istoricul de antecedente penale, (ce ar putea introduce în mozaicul analizei, posibile sentimente de răzbunare), deficitul de engramare a noțiunilor de etică socială, deficitul de adaptare optimă la grupul social și implicit, o frecvență crescută a minciunii sau a comportamentului simulativ;

5. Boli diverse clasificate O.M.S. la codurile, A-E, G-Q, V-Y; boli ce conferă vulnerabilitate psihică sau sunt menționate pe axa 3 a diagnosticului multiaxial;

6. Factorii precizați în clasificarea O.M.S. la codurile „Z" (axele 4,5 diagnostic multiaxial).

PREZENTARE DE CAZ

Efectuarea unei singure noi expertize medico-legale psihiatrice efectuate de I.N.M.L. Mina Minovici cu obiectivul de a stabili capacitatea psihică a persoanei de a depune mărturie. Motivarea solicitării viza următoarele aspecte:

– persoana, bărbat, în vârstă de 20 ani, fusese în perioada minoratului (grupa de vârstă 14-16 ani) martor unic al unei crime comisă de un consătean adult;

– examinatul nu depusese nici un fel de mărturie;

– crima fusese catalogată ca având autor necunoscut;

– tânărul, aflat în stagiul militar (considerat ca mediu securizant) a relatat fapta la care asistase întâmplător; s-a reluat ancheta;

– apărarea a respins martorul pe următoarele motive: minorat, perioada îndelungata de timp scursă de la data comiterii faptei, tulburări psihice ale martorului.

Ambele comisii au concluzionat că tânărul poate depune mărturie credibilă.

Alte aspecte legate de credibilitatea mărturiei:

1. Dificultăţi majore apar în analiza depoziţiilor minorilor, persoanelor cu antecedente penale şi a celor cu istoric de boli psihice şi/ sau neurologice;

2. Nu se poate considera apriori că un bolnav psihic sau un infractor cu sau fără tulburări psihice nu poate depune o mărturie credibilă, indiferent de parametrii nosopatologici;

3. Se impune, cel puţin teoretic, necesitatea de a se aprecia capacitatea psihică a persoanei „X" de a depune o mărturie/ depoziţie credibilă/, la data/ în perioada „T" pentru cauza „C".

Literatura de specialitate evidenţiază:

• juriştii nu au venit, în această problematică, în întâmpinarea altor specialişti, cu precădere a psihologilor;

• dacă juriştii ar colabora mai strâns cu alţi specialişti, măcar în direcţia restrângerii ariei de apariţie a fenomenului de distorsionare a memoriei, valoarea mărturiei „ar deveni mai certă iar ponderea ei testimoniară ar căpăta un temei mai puţin atacabil" („H. şi M. Eysenck").

• dificultăţi la nivelul colaborării între specialişti:

– între jurişti şi psihologi există o discrepanţă prin exagerare, în sensul că psihologii exagerează când susţin că juriştii acordă credit excesiv martorilor, iar juriştii exagerează distorsiunile fluidităţii memoriei;

– între condiţiile de cercetare psihologică fundamentală şi experimentală şi situaţiile de fapt există diferenţe mult prea mari care aduc argumente pro şi contra atât în „favoarea" juriştilor cât şi a psihologilor.

În concluzie, în selectarea informațiilor din înscrisuri tip „mărturie" și analizarea lor în economia expertizei trebuie avute în vedere și aceste aspecte.

Managementul solicitărilor consulturilor interdisciplinare și praclinice se face prin recomandarea unei examinări psihiatrice complexe, exhaustive (vizând toate axele de diagnostic psihiatric), dar solicitările paraclinice și interdisciplinare trebuie să răspundă cazului, să fie motivate prin necesitatea elucidării cazului și a răspunsurilor la obiective.

CONDIȚII MEDICALE PARTICULARE ÎN PRACTICA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ (SITUAȚII LIMITĂ, STĂRI TERMINALE)

Gabriela Costea

INTRODUCERE

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică se pornește de la repere mai bine standardizate dar sunt numeroase cazurile în care dificultățile pornesc de la tablouri clinice dificil de analizat. Marea majoritate a acestor cazuri se întâlnesc în spețele civile. Pentru a ne referi la aceste dificultăți trebuie să pornim de la acele repere cu valoare de postulate, dintre care câteva sunt de tip operațional:

1. „Capacitatea psihică" este un atribut global al persoanei.

2. „Discernământul" și „competența" (capacitatea psihică de exercitiu) sunt două dintre componentele capacității psihice.

3. „Capacitatea psihică" și discernământul – ca noțiuni strict psihiatrice – sunt definite în legea sănătății mintale;

4. În legea 71/2011 pentru punerea in aplicare a legii nr. 287/2009 privind noul codul civil se stipulează că se va vorbi de competență psihică în loc de „debilitate mintala" sau „alienație mintală" (două noțiuni, folosite cu alte conotații, uzitate în spețele de punere sub interdicție).

5. Competențele sunt specifice deoarece noțiunea cere obligatoriu un atribut substantival ce precizează termenul de referință (ex. Competența pentru a contracta, pentru a îngriji copii etc).

6. În spețele de punere sub interdicție, competența se referă la capacitatea psihică de a se autoconduce și de a-și indeplini coerent drepturile si obligatiile civile

7. Logic, nu se semnează cu jumătate de semnătură și nu se poate autoconduce pe jumătate.

8. Pe cale de consecință, **Discernământul** este o noțiune medicală și aprecierea acestuia folosește justiției pentru a stabili responsabilitatea/ iresponsabilitatea penală; se referă la timpul trecut (cu foarte rare excepții), la un timp bine precizat și în raport cu o faptă bine precizată. Se referă la capacitatea psihică de apreciere critică a conținutului și consecințelor social-negative ale faptelor individului, fapte ce au răsunet micro si macrosocial.

IMPORTANT:

Când capacitatea psihică de apreciere critică a conținutului și consecințelor social-negative ale faptelor este integră, atunci pacientul a acționat, la momentul comiterii faptei, cu discernământ (discernământ păstrat).

Când capacitatea psihică de apreciere critică a conținutului și consecințelor social-negative ale faptelor este scăzută, atunci pacientul a acționat la momentul comiterii faptei, cu discernământ scăzut dar, rareori, unii experți ar putea aduce argumente ce ar putea fi luate în considerație pentru aprecierea absenței discernământului (de regulă în țările în care legislația privind relația infracțiune – boală psihică diferă mult față de cea din România).

Când capacitatea psihică de apreciere critică a conținutului și consecințelor social-negative ale faptelor este absentă, atunci pacientul a acționat, la momentul comiterii faptei, fără discernământ.

Scalarea discernământului folosește la circumstanțiere în justiție și la recomandarea medicală a tratamentului obligatoriu (ambulatoriu sau intraspitalicesc). Aplicarea prev. art.114 C.P. din România se poate recomanda doar la cei care au comis fapta fără discernământ și prezintă periculozitate socială. Aplicarea prev. art.113 C.P. din România (tratament medical obligatoriu ambulator) se poate realiza atât prin rețeaua teritorială de psihiatrie din cadrul Ministerului Sănătății cât și în condiții de deținere, prin rețeaua medicală a Agenției Naționale a Penitenciarelor. Aplicarea prev. art.113 si 114 C.P. din România se aplică doar la cei care deja au comis o fapta penală. În afara acestei situații nu se recomandă aplicarea prev. art. 113 si 114 C.P.. Prevederile art. 113 si 114 C.P (Codul Penal Român) reprezintă singurele posibilități legale de obligare (pe termen lung) la tratament psihiatric. La persoanele la care nu se recomandă, prin expertiză, aplicarea acestor prevederi, expertul, ca medic, poate recomanda (și chiar este indicat) accesarea rețelei de psihiatrie dar, pacientul

(persoana expertizată) decide. La persoanele aflate în detenție, în acord cu rețeaua medicală a Agenției Naționale a Penitenciarelor se pot aplica prev. art. 113 C.P. iar la cei la care nu s-a dispus aplicarea acestor măsuri, cu acceptul persoanei, se poate accesa rețeaua de psihiatrie a ANP sau, unde nu este posibil, cea a Ministerului Sănătății (ambulatoriul de psihiatrie din proximitatea locului de detenție, fără întreruperea pedepsei).

„Competența specifică" (capacitatea psihică de exercitiu, de a încheia acte de dispoziție, de a se autoconduce etc), este o noțiune uzitată în cauze civile de tot felul (de aceea se numeste specifică; se referă la timp trecut (pentru acte semnate anterior etc. adică la momente anterioare), la timpul prezent (ex. pentru participarea la proces, depunere de mărturie) și la timpul prezent + viitor (interdicție). Se referă la capacitatea psihică de apreciere critică a conținutului și consecințelor social-juridice ale faptelor care au răsunet microsocial (adică asupra propriei persoane, a anturajului apartenent – imediat sau mai îndepărtat). Pe plan general, se referă la capacitatea psihică de a lua decizii în propriul beneficiu, fără a deranja pe alții, în conformitate cu prevederile legale in vigoare ale fiecărei țării. În cauze civile nu se poate impune tratament obligatoriu; se poate recomanda dispensarizare/ monitorizare activă, dar metoda rămânând la latitudinea pacientului și/ sau a reprezentantului legal/ personal. Logic, un om nu poate lua decizii și semna pe „jumatate". Rezultă:

DACĂ:

- capacitatea psihică de apreciere critică a conținutului și consecințelor social-juridice ale faptelor este integră, atunci pacientul este competent în raport cu speța respectivă (adică are competență specifică, are capacitate psihică de exercițiu integru păstrată).
- capacitatea psihică de apreciere critică a conținutului și a consecințelor social-juridice ale faptelor este scăzută sau absentă, atunci pacientul este incompetent (adică nu are competență specifică, nu are capacitate psihică de exercițiu).

În cazurile de interdicție, atunci când capacitatea psihică de a se autoconduce, de a decide în propriul beneficiu, de a-și îndeplini drepturile și obligațiile civile legale este absentă, înseamnă că vorbim despre incompetență psihică și este cazul ca persoana expertizată să fie pusă sub interdicție. Se recomandă monitorizare activă

(dispensarizare) psihiatrică și, dacă este cazul și în alte domenii medicale. Răspunde tutorele sau curatorul special (pe durata procesului de punere sub interdicție - dacă este cazul) sub controlul Autorității Tutelare. Se poate recomanda instituționalizare (dacă este cazul). Psihiatrul trebuie să precizeze gradul de funcționare/ îndeplinire a rolurilor sociale etc., conform scalelor clinice acceptate de către Casa de Asigurări (în România).

CONDIȚII SOMATICE CARE POT DETERMINA MODIFICĂRI ALE CAPACITĂȚII PSIHICE

Fiecare persoană expertizată este, teoretic, „un caz medical – adică un unicat"; nu se expertizează cazuri sau boli ci persoane, care la un moment dat s-au comportat neadecvat, comițând o faptă penală, comitere ce ar putea fi relaționată cu o modificare a capacității psihice la momentul respectiv, modificare exprimabilă prin simptome psihiatrice, de intensitate diferită (apte de a modifica capacitatea psihică sau nu), simptome încadrabile, de regulă, în taxonomia psihiatrică. Există o categorie de boli somatice care pot determina modificare a capacității psihice, situație în care vorbim de condiția somatică ce poate determina modificări ale capacității psihice, dintre care reținem:

• Majoritatea bolilor neurologice cerebrale (pacienții la care se suspicionează astfel de boli necesită examinare atentă inter – multidisciplinară în vederea analizării pertinente a capacităților restante;

• Unele boli neurologice periferice – prin mecanisme secundare ce implică condiția psihologică;

• Deficitele senzoriale – prin mecanisme multiple;

• Bolile endocrine – deoarece majoritatea bolilor endocrine implică simptome psihiatrice, de intensitate diferită, reconstituirea acestora trebuie făcută cu mare atenție, cu maximum posibil de documentare și investigare;

• Bolile metabolice și nutriționale – se află în aceeași situație cu bolile endocrine;

• Afecțiunile sistemice: encefalopatia hepatică, encefalopatia hipertensivă, uremia gravă, porfiria, hipoxemia,etc.;

• Bolile infecțioase;

• Anemiile grave prin deficit nutrițional sau congenital – enzimatic;

• Deficite: de tiamină (ex. sdr. Wernivke – Korsakoff), pelagra (deficit de acid nicotinic);

• Deficite de metale cu niveluri mici în organism;

• Malnutriție/deshidratare – nespecifice;

• Boli autoimune: (ex. LED, tiroidita autoimună);

• Intoxicații:

– cronice: alcool, droguri, medicație pentru afecțiuni somatice inclusiv medicația pentu bolile neoplazice sau hepatita C), toxine din mediu (metale grele, CO, compuși organo-fosforici, substanțe volatile etc.)

– acute, cu substanțe cu efect halucinogen

• Medicația psihiatrică

• Bolile neoplazice.

În situația în care se reconstituie o condiție somatică aptă de modifica capacitatea psihică a persoanei expertizate dar nu se reconstituie o tulburare calitativă de conștiență sau intensitate psihotică se impune analiza capacității decizionale, respectiv a funcției volitive în vederea aprecierii capacității de manifestare cu liberă voință.

CONDIȚII PSIHIATRICE DIFICIL DE RECONSTITUIT („DE LIMITĂ")

I. Conștiența (nivelul elementar al conștiinței)

Trebuie să reținem câteva aspecte cu caracter aproape axiomatic:

• nu orice afecțiune endogenă, implică, în orice moment, absența discernământului sau a competenței specifice;

• modificarea severă a nivelului conștienței elementare implică absența discernământului;

• absența modificării nivelului conștienței elementare este o condiție obligatorie pentru calificarea discernământului/ competenței specifice ca fiind păstrate, dar nu suficientă;

Conștiența normală sau starea de vigilitate ori de luciditate este prezumată (se reconstituie, argumentat medical, tulburarea de conștiență). Este o condiție obligatorie pentru a caracteriza

capacitatea psihică păstrată – dar nu suficientă. Reprezintă câmpul de conştiinţă care integrează prezenţa în lume, permiţându-i subiectului să se situeze în raport cu semenii, să-i înţeleagă lucid şi să se adapteze schimbărilor pe care le percep.

Criteriile de recunoaştere ale tulburărilor cîmpului conştiinţei (ale conştienţei) ar fi (adaptare după Jasper):

• detaşare faţă de lumea exterioară (bolnavul înţelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul lui, atenţia este labilă, acţionează fără să ţină seama de situaţia reală);

• dezorientarea (legată de dezinteres);

• incoerenţa manifestată prin ininteligibilitatea conduitei;

• dificultăţi de gândire (reflecţie) şi amnezie consecutivă stării (tulburări ale puterii de fixare şi conservare);

În legătură cu aceste criterii jasperiene trebuie să remarcăm că formularea ca atare a criteriilor, se foloseşte mai mult în psihologie dar, frecvent, cu alte conotaţii. În limbajul medical se folosesc termenii medicali, mai strict definiţii. De aceea, apare necesitatea ca psihologii să-şi formuleze protocolul într-un limbaj care nu poate conduce la confuzii de termeni sau la o modalitate explicativă a termenilor folosiţi.

II. Tulburările clarităţii şi integrării câmpului de conştiinţă

Tulburările claritaţii şi integrării câmpului de conştiinţă corespund, în general, tulburărilor vigilităţii – ale lucidităţii. La examinarea pacientului în cadrul expertizării, unele dintre aceste tulburări nu se întâlnesc, dar ele trebuie cunoscute deoarece o eventuală reconstituire a lor permite o mai bună reconstituire a statusului psihiatric la un anumit moment. De asemenea, unele modificări ale câmpului conştienţei nu se pot întâlni categoric în cauzele penale şi foarte rar în speţele civile (în situaţii deosebite, când de regulă, în speţa civilă respectivă ar putea interveni una penală). Aceste tipuri de modificări particulare, rar întâlnite în psihiatria medico-legală ar putea fi constatate în situaţii speciale în cadrul expertizelor de amânare şi întreupere a pedepsei.

Starea de vigilitate a creierului îşi găseşte baza neurofiziologică în sistemul reticulat activator ascendent (SRAA). Creşterea severităţii simptomatologiei implică asocierea tulburărilor de tip vegetativ.

1. Obtuzia este caracterizată prin bradipsihie cu hipoprosexie, în special spontană, prin scăderea supleței proceselor de gîndire și prin lentoare în înțelegerea întrebărilor şi formularea răspunsurilor.

2. Hebetitudinea reprezintă o desprindere de realitate (subiectul nu mai poate cuprinde realitatea ca ansamblu), perplexitate şi indiferență.

3. Torpoarea se manifestă prin bradikinezie, hipobulie, scăderea participării afective, stări de somnolență.

4. Obnubilarea reprezintă o denivelare mai importantă a vigilității, cu hipoprosexie severă şi dificultăți mnezice mixte, dificultăți în înțelegere şi sinteză, care se desfăşoară cu o greutate sporită. La stimuli intenşi sau la repetarea întrebărilor, răspunsurile pot creşte în precizie şi claritate.

5. Stuporul este o tulburare severă a vigilitătii, însoțită de inhibiție psihomotorie. Bolnavul nu reacționează decît la excitatii foarte puternice, nu răspunde la întrebări şi nu pare a înțelege contextul în care se află. Mimica bolnavului este inexpresivă sau exprimă un grad de anxietate, atitudinea este inertă, dar opune rezistență la mişcările provocate.

6. Soporul este o stare de somnolență patologică în care contactul cu ambianța se face foarte dificil, fiind întretăiat de perioade de somn.

7. Suspendarea completă a conştiinței se caracterizează printr-o suspendare a funcțiilor de relație (apsihism) cu păstrarea funcțiilor vegetative, care, spre deosebire de somn, sunt alterate în diferite grade.

III. Tulburări ale structurii câmpului de conştiință

Tulburările structurii câmpului de conştiință sunt cel mai dificil de reconstituit. Necesitatea reconstituirii lor este necesară destul de frecvent în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică, atât în spețele penale cât și în spețele civile. Reconstituirea poate fi impusă în cadrul raționamentului clinic dar și, mai ales, prin faptul că este invocată în apărare.

Îngustarea câmpului de conştiință – descrisă de P. Janet (1899) – se caracterizează prin focalizarea conştiinței asupra unei idei, amintiri, acțiuni etc., de care subiectul nu se poate desprinde.

Conştiinţa este incapabilă să cuprindă întreaga experienţă prezentă, în afară de cea psihotraumatizantă. Se poate considera ca fiind o demodulare afectiv-ideatică, o neadecvare prin alterarea criteriului valoric, care duce la deformarea relaţiei cu realitatea.

Starea crepusculară constă într-o modificare de aspect critic cu debut şi sfârşit brusc a clarităţii câmpului conştiinţei în diferite grade, asociată cu îngustarea lui, ceea ce permite menţinerea unei activităţi automate cu acte motorii coordonate, dar neobişnuite şi fără legătură cu ocupaţiile anterioare. Faţă de această situaţie, subiectul prezintă amnezie totală, lacunără sau parţială în funcţie de profunzimea modificării vigilităţii. Subiectul trăieşte o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea fenomene delirant-halucinatorii, precum şi modificări importante ale stării afective (exaltare, angoasă, disforie) ce pot modifica comportamentul bolnavului (agitaţie, fugă, acte agresive cu potenţial criminogen).

Circumstanţele etiologice majore sunt reprezentate de epilepsia temporală şi reacţiile psihogene.

Alte cauze pe care trebuie să le avem în minte (în afara reacţiilor psihogene) sunt cauzele derivate din condiţia somatică, inclusiv intoxicaţiile, medicaţia (chimioterapie, steroizi, radioterapie, opioide, benzodiazepine, anticolinergice, antiemetice etc.).

Caracteristica definitorie a stării crepusculare este reprezentată de fluctuaţiile stării de conştiinţă, de scurtă durată, în cursul aceleiaşi zile.

O formă particulară a stării crepusculare este reprezentată de starea crepusculară isterică care exprimă un status psihopatologic al unui subiect care trăieşte la un moment dat o experienţă semiconştientă de depersonalizare şi de stranietate, centrată în general pe „ideea fixă" (P. Janet), idee ce de regulă exprimă un eveniment psihotraumatizant (sau considerat psihotraumatizant) dar neconsiderat ca atare în stare de veghe (eveniment pe care memoria îl reprimă). O formă aparte a acestei stări este întîlnită în sindromul Ganser şi în pseudodemenţa isterică, reacţii patologice în care, pe fondul modificării conştiinţei de tip crepuscular, pacientul prezintă o „nerecunoaştere sistematică a realităţii" prin răspunsuri „alături", acte „alături" (răspunsuri mai curând absurde decît greşite, demonstrînd înţelegerea intrebărilor). În practica de expertiză medico-legală

psihiatrică, această formă particulară a stării crepusculare a fost frecvent întâlnită (fiind, de altfel, studiată de către Charcot, pe populație penitenciară). În epoca modernă este mai rară, fiind întâlnită, mai frecvent, simularea sindroamelor reactive isterice de tip sindrom Ganser sau pseudodemența isterică.

Starea crepusculară este cea mai controversată tulburare de conștiință. În același timp, este o tulburare psihică deosebit de dificil de a o reconstitui.

În ceea ce privește starea crepusculară și reacțiile/ dezadaptările psihopatologice reținem:

Prototipul este reacția comprehensibilă descrisă de către Jaspers la începutul secolului XX. Principalele caracteristici ale acestui tip de reacție (implicând și starea crepusculară) sunt:

• Apariția tulburărilor psihopatologice ca o consecință directă, a unor stresori psihosociali cu intensitate severă;

• Tulburarea este comprehensibilă în sensul că aproape toți oamenii reacționează pe acest model, dar trăirea și comportamentul depășesc „firescul" (firesc considerat normal, la un moment dat și într-un anumit context istoric, cultural, social precizat).

• Tulburarea este limitată în timp și reversibilă în cazul încetării stresorilor, implicării rețelei de suport social sau al unei intervenții terapeutice (la nevoie) de tip psihoterapie, protejare, suport, consiliere, tratament medicamentos.

• Persoana cu acest tip de reactivitate (la stres puternic) este caracterizată printr-un grad oarecare de vulnerabilitate de fond, predispozițională sau câștigată, ce concură la o exprimare a vulnerabilității circumstanțiale (termen denumit de către Schneider);

• Reacția și dezadaptările psihopatologice au o durată scurtă (ore, zile) sau medie (saptămâni, luni).

• Dacă se declanșează aparent reactiv, dar durata este de luni sau ani, se consideră că factorul structural (endogen) joacă un rol mult mai mare și se poate plasa și într-o altă categorie nosologică.

• Substratul psihopatologic al relației tulburare de conștiință de tip crepuscular – vulnerabilitatea de fond, este similar patologiei declanșate reactiv la factori psihostresori.

Criteriile majore de a delimita o reacție psihopatologică (diferite forme ale tulburării de stres posttraumatic) sunt înglobate în posibilitatea de a stabili relații între evenimentul psihostresor,

comprehensibilitatea manifestărilor în raport cu conținutul factorului psihostresor și evoluția temporală și spațială raportată la evenimentul psihotraumatizant (considerat declanșator) precum și cu posibilitatea modificării (sau chiar a încetării) intensității tabloului simptomatologic prin schimbarea din mediul psihotraumatizant.

Jasper subliniază importanța/ relevanța particularităților personale ale subiectului psihotraumatizat care ar putea conduce la:

• Tranziții și combinații simptomatologice apte de a de a voala evenimentul psihotraumatizant și relația comprehensibilă dintre acesta (care devine dificil de identificat) și statusul psihopatologic (ex. episoadele psihotice acute declanșate reactiv/ psihoza scurtă). De regulă, asemenea situații apar după catastrofe;

• Situații în care se poate delimita, mai curând, un raport între tabloul psihopatologic și viața anterioară a subiectului decât o relație directă cu un eveniment oarecare, eveniment ce nu are rol decisiv în aspectul clinic;

• În cadrul reacțiilor psihopatologice, personalitatea pacientului este foarte importantă. Uneori se poate stabili o legătură comprehensibilă între personalitatea pacientului și experiența traumatizantă trăită (situație denumită de către Jaspers „efect posterior");

• Reacții psihopatologice repetitive (chiar dacă între ele au fost perioade de remisiune bună) care, prin cumulare, pot determina o modificare comportamentală (tulburarea de adaptare sau dezvoltarea reactivă anormală a personalității);

• Uneori se delimitează un factor psihotraumatizant de intensitate oarecare, care declanșează o patologie specific patologiei endogene. În aceste situații, de la caz la caz, vorbim de un factor declanșator sau de o legătură aparentă (normalitatea psihologică – ontologică – a persoanei) ce implică necesitatea interioară de a găsi explicații, cauze, legături de cauzalitate, inclusiv pentru declanșarea unei boli)

• Uneori evenimentul psihotraumatizant complică sau exacerbează o boală preexistentă sau existentă în timpul desfășurării sale și atunci, evenimentul poate fi considerat de către bolnav sau anturaj ca fiind cauza directă a reîmbolnăvirii sau a tipului de boală.

În concluzie, Jaspers delimitează trei criterii pentru patologia reactivă:

• Criteriul cauzal (evenimente stresante apte de a determina simptome psihiatrice, evenimente ce se suprapun pe așa-numitele „puncte vulnerabile" care nuanțează intensitatea tabloului simptomatic. Aceste puncte vulnerabile pot fi de sorginte materială sau morală),

• Criteriul intensității reacției în sensul că tabloul simptomatologic poate evolua cu, sau fără, modificarea lucidității conștiiței și

• Criteriul constituțional, al fondului persoanei.

Kretschmer a prefigurat conceptul contemporan al științelor comportamentale, descrie „reacțiile primitive" – „reacțiile de scurtcircuit", delimitând două tipuri de structuri personologice. Unii indivizi reacționează mai lent la evenimentele psihostresoare (mai ales dacă sunt repetitive) pe care le nuanțează și le analizează, reacțiile exprimate prin comportament decurgând nu atât din tipul de eveniment ci din modul în care este receptat, nuanțat și analizat evenimentul psihotraumatizant. Alte persoane se exteriorizează imediat, fără cenzură, prin reacții elementare, frecvent lipsite de sens și, mai ales, frecvent periculoase pentru sine și pentru alții.

Manfred Bleuler numește „reacții reflexe" aceste reacții primitive iar celelalte tipuri de reacții le denumește „reacții complexe". Deși Kretschmer se referă, în studiul privind comportamentul reactiv, la tipologie, el evidențiază importanța vulnerabilității psihice prin delimitarea conceptului de „trăire – cheie", concept ce ar evidenția punctul vulnerabil peste care evenimentul psihotraumatizant se așează ca o mănușă.

Kurt Schneider introduce în teoria reacțiilor psihopatologice termenul de „fundal", denumind reacțiile patologice drept „trăiri patologice reactive". Astfel Schneider afirmă că în cazul traumelor durabile pot apare reacții intermitente, neexistând reacții identice. Aceste evenimente psihotraumatizante creează un fundal netrăit patologic de către bolnav. La reiterarea unei alte traume, eventual similară cu una anterioară sau de intensitate crescută, fundalul este reactivat, declanșându-se reacția patologică. Acest fundal este numit infrastructură, subsol („Untergrund"). Noul eveniment declanșator apare ca picătura care a umplut paharul, paharul fiind un cumul de trăiri semnificative pentru individ, caracterizate prin disconfort psihic, neexprimate clinic dar care au o valoare semnificativă pentru el.

Aceste trăiri sunt necomunicate de către individ, deci necunoscute anturajului iar picătura este denumită „Hintergrund". În termeni moderni am putea spune că, Untergrund reprezintă rezultatul vizibil al expunerii la factori multipli de stres (ce au acționat anterior evenimentului analizat, individul neavând achiziționate mecanisme de coping care să rezolve definitiv fiecare problemă în parte). Evenimentul declanșator reprezintă motivația exterioară a comportamentului reactiv patologic iar „Hintergrund" (sau culisa) reprezintă motivația interioară. Hintergrund intersectează Underground și modifică răspunsul la evenimentul psihotraumatizant (față de tipurile de răspuns anterioare). În aceste condiții apare manifestarea clinică, ca rezultat al modificărilor trăirilor anterioare. Aceste modificări pot fi mai intense (modificare cantitativă) sau cu o coloratură afectivă diferită (modificare calitativă). De regulă, evenimentul psihotraumatizant declanșator este mai puțin sever decât episoadele anterioare, este mai banal, nefiind considerat de către anturaj ca reprezentând un motiv serios de reacție. Manifestarea individului este astfel disproporționată în raport cu evenimentul psihotraumatizant imediat declanșator și constituie „reacția de culisă" („hintergrundreaktion").

Binder, autor al teoriei terenului schimbat, dezvoltă, în 1960, teoria reacțiilor patologice ca fiind reacții anormale la evenimente psihotraumatizante exterioare și conflictuale interne, la persoane senzitive, dependente, fără ca aceste persoane să prezinte veritabile tulburări de personalitate.

Reacțiile patologice trebuiesc diferențiate de reacțiile „exotice" pendinte transcultural ca: uciderea nediscriminatorie de oameni și animale, automutilare și suicid („amok" în Malaezia), „isteria arctică" urmată de amnezia lacunară (femeile eschimoase), canibalism prin credința delirantă a transformării în monstru (unele triburi de indieni nordamericani), moarte prin șoc psihogen (probabil descărcări masive și bruște de catecholamine la practicanții vodoo).

Teoriile contemporane recunosc meritul clasicilor, relaționând mai clar factorul predispozițional cu evenimentul (natură, intensitate, unicitate sau repetitivitate, proximitate) și modalitatea de reacție (imediată, mediată și întârziată). Iau în discuție mecanismele de coping și factorii contextuali detrimentali sau benefici. Se dezvoltă, pornind de la clasicii menționați, teoriile victimologice (incluzând și

alți factori de stres cu valoare extremă în declanșarea stărilor reactive), cu accent pe modul de reacție al copiilor și adolescenților și cu delimitarea victimei primare de victima secundară (clasificare totuși scolastică deoarece, frecvent, o victimă poate fi în același timp victimă primară și victimă secundară) precum și importanța factorilor culturali. Noile direcții ale teoriilor psihopatologice privind reacțiile patologice sunt explicabile prin reconfigurarea rapidă sub imperiul unei accelerări a achizițiilor științifice implicând și modificări rapide ale stilului de viață, a condițiilor socioculturale din ultimul secol. Este meritoriu faptul că Vasile Predescu și Dan Prelipceanu (1976, 1998) au prefigurat actuala concepție privind rolul structurii de fond a persoanei în raport cu evenimentul psihotraumatizant („reacția va fi cu atât mai intensă cu cât realitatea traumatizantă va merge mai mult în sensul caracterului. Cu cât aceasta va merge mai împotriva caracterului cu atât consecințele vor fi mai irelevante", subliniind că raportul dintre inteligibil și ininteligibil în trăirile patologice reactive pare mai curând a fi supus teoriei jocurilor cu „interferențe de alb, negru, cenușiu sau policrom existențial" (Dan Prelipceanu – 1998).

Asociația Americană de Psihiatrie, prin cel 4 „DSM" renunță la mecanismele reacțiilor patologice, disipându-le în capitole diferite (inclusiv în capitolul vizând tulburările factice), grupate după media statistică a simptomelor și a modului în care se configurează acestea din punct de vedere sindromologic. OMS (CIM – 10) deși patologia prin expunere la evenimente psihotraumatizante este cuprinsă în mai multe grupe nosologice, capitolul privind patologia relaționată cu factoii de stres păstrează principiul temporal în raport cu evenimentul psihotraumatizant și ordonează categoriile nosologice după intensitatea simptomelor precizând și corespondența cu nosologia anterioară. Rămîne de văzut ce vor aduce, din punctul de vedere al taxonomiei, DSM – V și CIM 11.

Dincolo de sindromul de stres posttraumatic, WPA (Asociația Internațională de Psihiatrie) recomandă ca axele diagnosticului psihiatric, indiferent de emitentul clasificărilor bolilor mintale, să cuprindă factorii contextuali (regăsiți în CIM la capitolul „Z"), disabilitățile, handicapul și calitatea vieții. Este o recunoaștere indirectă a importanței psihotraumelor.

În România, Virgil Tiberiu Dragomirescu (adept al teoriei lui Binder) denumește reacțiile „anormale" comportamentale cu implicații judiciare ca „reacții medico-legale".

Exemple de evenimente care duc la reactii psihopatologice:

• *subiectul se poate simți amenințat (în mod brusc) cu moartea, cu integritatea fizică sau cu injurii degradante;*

• *războaie, revoluții, atac direct asupra persoanei (atac fizic, tâlhărie, molestare, viol), atacuri teroriste, tortură, accidente diverse (mai ales automobile – tren), asistarea la moartea – rănirea anturajului apropiat, dezastre naturale.*

Relevanța medico-legală psihiatrică

Comportamentul uman este programat în vederea adaptării la mediu în acord cu necesitățile primare de prezervare a speciei. Logic, fiecare persoană, în individualitatea ei, trebuie să se adapteze și la mediul psihotraumatizant. În situațiile în care psihotrauma sau cumulul de psihotraume depășesc puterea de adaptare a persoanei pot apare reacții patologice (indiferent de denumirea acestora la un moment sau altul). Unele reacții patologice se pot exprima prin comportamente care interferă normele legale și au implicații medico-legale. Aceste implicații medico-legale ale reacțiilor patologice se pot întâlni în majoritatea spețelor, penale sau civile.

Reacțiile patologice se pot manifesta, la nivelul conștiinței elementare prin modificare a câmpului (a lucidității) sau nu. De regulă, în acest context, modificarea câmpului conștiinței elementare (a lucidității) este starea crepusculară.

În cauzele penale se pot întâlni, la comportamentele agresive, modificări ale lucidității de tip crepuscular. Dacă nu se produce modificarea câmpului conștiinței trebuie analizată posibilitatea unei reacții patologice în raport cu motivația, motivul și mobilul, declarate de către pacient.

La copii și adolescenți, în analiza cursei existențiale trebuiesc avute în vedere obligatoriu mecanismele reactive, deoarece majoritatea acestor infractori au în spate un cumul de psihotraume, de nemulțumiri, de frustrații dublate de absența unor mecanisme de coping specifice vârstei.

Reținem că, în țara noastră, componenta reactivă (ca o consecință a expunerii la psihotraume), nu este acceptată în definiția pruncuciderii (conform textului de lege).

În cauzele civile se pot delimita comportamente reactive de tip patologic care au distorsionat capacitatea de decizie. În cauzele civile în care se discută aspecte victimologice trebuie să analizăm predictiv consecințele expunerii victimei la factorii de stres. În cauzele civile privind daune materiale trebuie foarte bine analizate relația agresor – victimă, patologia preexistentă și mecanismele interferențelor, înainte de a stabili diagnosticul multiaxial al unei părți sau a alteia.

După cum am precizat, nu toate reacțiile psihopatologice (și/sau tulburările de stres posttraumatic) se manifestă prin tulburări ale stării de conștiință de tip crepuscular dar, în practica de expertiză medico-legală psihiatrică, trebuie să le considerăm ca o posibilitate (de care se prevalează, de regulă, apărarea și, pe care, de obicei, o respinge acuzarea), în reconstituirea statusului psihiatric la momentul comiterii unei fapte penale.

În ceea ce privește „discernământul", în țara noastră, de regulă, pentru starea crepusculară se optează pentru calificarea de „discernământ scăzut"; cunoașterea mecanismelor declanșării reacțiilor patologice precum și reconstituiea stării crepusculare pot redirecționa această calificare, într-un sens sau altul.

În ceea ce privește competența specifică, se apreciază modificarea capacității de decizie și motivația expusă, argumentate prin reacții patologice precum și reconstituirea unei modificări a câmpului conștiinței datorită condiției somatice, situație în care pacientul este incompetent.

Cunoașterea mecanismelor patologiei reactive (incluzând și specificitatea PTSD) este importantă în vederea anamnezei și culegerii de informații despre pacient, în semistructurarea interviului psihiatric, în aprecierea riscurilor și a elaborării unor eventuale recomandări speciale precum și în stabilirea concluziilor certificatelor medicale privind competența specifică. De asemenea, această cunoaștere are o mare importanță pentru examinările și concluziile rapoartelor efectuate la nivelul Comisiei de amânare/ întrerupere a pedepsei unede este imperios necesar de a deosebi patologia reactivă situațional juridică de detenție, de o afecțiune psihiatrică gravă care ar depăși posibilitățile ANP.

Dat fiind că în țara noastră medicina legală are o paletă mai mare de responsabilități, cunoașterea de către medicii legiști a mecanismelor reacțiilor patologice devine imperios necesară (în traumatologie, daune, analiza cazurilor de suicid, accidente rutiere). Din acest motiv mai subliniem posibilitatea altor tipuri de reacție:

• reacțiile explozive acute și remitente manifestate prin comportament agresiv cu injurii fizice și psihice față de alte persoane cu sau fără distrugeri materiale, apărut brusc, în manieră reactivă față de stimuli interpretați ca agresivi in raport cu sine, motivatia si argumentatia/ deliberarea fiind sunt scurtcircuitate cu o trecere rapidă la acte-agresiuni antisociale;

• reacția exploxivă, unică sau repetitivă (interpretări distorsionate sau oscilații ale dispozitiei afective care favorizează reapariția intermitentă a reacțiilor explozive);

• psihozele reactive, evenimente stresoare puternice survenite pe fond de vulnerabilitate cu o durată de două – șase săptămâni, reversibilă după dispariția stresorilor fără consecințe defective psihic și cu un tablou clinic frecvent paranoid, însoțit de anxietate secundară acestor trăiri și de oscilații ale stării afectiv-dispoziționale.

Confuzia mentală (stările confuzionale): descrisă inițial de Chaslin (1895) ca o afecțiune „acută", reprezintă o formă de slăbire și disociație intelectuală care poate fi însoțită sau nu de delir, agitație sau inerție. Confuzia mintală este expresia comună a unei suferințe cerebrale acute, ce determină un grup de tulburări acute și globale ale psihismului în care locul centrua este ocupat de modificările în planul conştiinței. Are un caracter tranzitoriu. Debutul confuziei mintale este uneori brutal, cel mai adesea în cateva ore, uneori cîteva zile. Faptul principal, uneori dificil de pus în evidență fără ajutorul anturajului (sau al documentației), este aspectul de ruptură, de hiatus, cu comportamentul anterior al bolnavului. Simptomul esențial din care decurg celelalte este reprezentat de scăderea proceselor normale de sinteză și diferențiere ale conținuturilor conştiinței. Denivelarea conştiinței în diferite grade (torpoare, obnubilare, obtuzie – cel mai frecvent) se manifestă prin tulburări ale atenției. Funcțiile intelectuale și cognitive sunt interesate global.

Jaspers denumește confuzia mintală ca fiind tulburarea fundamentală ce constă în diminuarea proceselor de sinteză și

organizare, ce duce, implicit, la o tulburare a orientării temporale, spațiale, allopsihice, bolnavul păstrându-și chiar în cele mai avansate stări de confuzie, reminiscențe ale identității. Slanley Heller consideră că atunci cînd pacientul nu-și cunoaște numele, este mai curând cazul unei stări disociativo-isterice.

Clinic se manifestă printr-o multitudine de simptome. Pacientul este perplex (aspect general de nedumerire anxioasă) ca expresie a pasivității. Scurtele intervale de luciditate provoacă o creștere a anxietății care poate fi cauza unor stări de agitație. Mimica pacientului este rătăcită, perplexă, privirea este pierdută, îndepărtată, absentă. Limbajul este ezitant, redus la fragmente de fraze uneori incoerente. Pacientul își caută cuvintele, cuvintele sunt învălmășite, rău articulate, frecvent murmurate. Definerea unor cuvinte poate fi imposibilă, uneori aberantă. Gesturile sunt stângace, ezitante, lipsite de îndemînare. Grafismul este totdeauna perturbat, reproducerea unui desen geometric chiar simplu fiind practic imposibilă. Poate fi tulburat ritmul somn – veghe.

Activitatea și comportamentul pot îmbrăca două aspecte: lipsa inițiativei, lentoare, stângăcie, chiar stupoare, sau agitație dezordonată. Oscilațiile între acești doi poli se pot produce brusc, atrăgînd posibilitatea unor accidente sau comportamente antisociale. Se pot întâlni și simptome ce exprimă modificare calitativă a percepției, ca onirismul. Onirismul este o stare de vis patologic, un vis trăit și în acțiune, care invadează realitatea bolnavului și față de care acesta își modifică comportamentul. Halucinațiile (specifice „visului") sunt, de regulă, neplăcute, terifiante, conținutul lor fiind constituit, frecvent, din scene de groază și nu din teme profesionale „clasice". Bolnavul aderă la aceste modificări perceptuale, de care încearcă să scape prin agitație (pînă la fugă). În starea confuzională, onirismul și tulburările clarității cîmpului conștiinței se întrepătrund în grade variabile.

Autorii anglosaxoni clasifică starea confuzională în confuzie mintală simplă (pasivitate, perplexitate, încetinire a procesului psihic, fiind mai apropiată stării de obtuzie) și stările confuzo-onirice (delirium) caracterizate prin agitație acută asociată de regulă cu fenomene productive psihotice. Aceste două forme sunt expresii ale aceluiași substrat anatomo-fiziologic, cele două stări putând astfel trece rapid una în alta. În confuzia mintală, mai ales în stările confuzo-

onirice sunt crescute nivelurile de dopamină, noradrenalină, serotonină și scăzute nivelurile de acetilcolină, histamină.

Mai sunt două forme de confuzie cu aspect particular (oneirodia și amentia). Ca interes în practica de expertiză medico-legală psihiatrică reținem necesitatea de a le putea recunoaște în analiza longitudinală a istoricului medical. Oneiroidia, descrisă de Mayer Gross, este caracterizată printr-un amestec de real-vis, la care bolnavul nu participă, ci asistă. Ca şi caracteristici prezintă o înlănțuire a halucinațiilor ca și interpretare a realității prin idei de vis cu o anumită „coerență", mai multă sistematizare decât onirismul, nu este urmată de amnezie completă, dar nu exclude posibilitatea unor dismnezii. Amenția (starea amentică, termen introdus și folosit inițial de școala germană, ca echivalent al confuziei mintale simple) denumește, în prezent, în concepția psihiatriei românești, o stare confuzională de intensitate psihopatologică maximă în care domină incoerenta. Bolnavul este dezorientat, agitat (agitație care nu depăşeşte, obişnuit „patul"), incoerent, cu caracter paroxistic. Pot apărea inconstant stări catatonice sau stuporoase.

Confuzia mintală traduce o tulburare globală a funcționării cerebrale. Ea apare în circumstanțe etiologice diferite:

• **afecțiuni intracraniene:** traumatisme cranio-cerebrale, hematom subdural, epilepsie, postterapie electroconvulsivantă, encefolopatii meningeale (în special Gayet-Wernicke), afecțiuni meningeale (hemoragii meningee, meningite febrile), afecțiuni cerebrale (encefalite, tumori cerebrale în special fronto-caloase și temporale drepte), accidente vasculare cerebrale în teritoriul arterei cerebrale anterioare și posterioare;

• **afecțiuni generale:** stări febrile (septicemii, febră tifoidă, pneumonie, erizipel, gripa, malarie; alcoolismul; toxicomanii (barbiturice, amfetamine, heroină, clordiazepoxid); intoxicații medicamentoase (corticoizi, tuberculostatice, hipo-glicemiante); antiparkinsoniene (litiu, bismut, barbiturice, tranchilizante, etc.); intoxicații profesionale (arsenic, mercur, plumb, oxid de carbon, insecticide organofosforice); intoxicații alimentare (ciuperci); encefalopatii metabolice (diabet, insuficientă hepatica, insuficiență respiratorie, insuficiență renală, hipoglicemie spontană, porfirie acută intermitentă);

• **afecțiuni endocrine** (tireotoxicoza, mixedem, crize adisoniene, hiper-paratiroidia);

• **stări de șoc** (postoperatorii, trauntatice, cardio-vasculare);

• **boli sangvine** (leucemii, anemii);

• **alte cauze** (electrocutare, insolație, privarea de somn, avitaminoze);

• în cursul evoluției bolilor psihice (psihoze postpartum, schizofrenie, manie, depresie, demență).

Examenul somatic și de laborator este variat în funcție de starea de suferință organică, fără a avea o semnificație generală în ceea ce priveste sindromul confuzional.

ULTIMELE ZILE DE VIAȚĂ – PACIENȚII TERMINALI

Problematica medico-legală psihiatrică legată de pacienții terminali vizează, de regulă, cauzele civile. Frecvent, pacientul este incompetent de a întocmi acte civile dar există situații în care capacitatea de decizie nu este modificată. De aceea, nu trebuie să calificăm superficial competența ci să analizăm la fiecare pacient sau caz (pentru expertizele pe acte) condițiile medicale, condițiile psihologice și condiția psihiatrică implicită. Analiza amănunțită privește funcția volitivă (capacitatea de decizie, capacitatea de a se autoconduce, posibilitatea de „manifestare cu liberă voință").

În afara expertizelor la pacienți aflați în stări terminale mai reținem cazuri „limită" dar cu aceleași conotații, privind demențele în primul stadiu (invalidarea cognitivă ușoară, de regulă nu se asimilează automat cu incompetența psihică), pacienții aflați la momentul menționat pentru reconstituire într-o condiție somatică gravă (ex. insuficiență renală cu uremie crescută, encefalopatiile hipertensive și hepatice etc.) dar care la momentul examinării sunt remiși, pacienții aflați înaintea unei intervenții chirurgicale pentru o afecțiune severă, pacienții cu grade diferite de recuperare după accidente vasculare cerebrale, specificitatea evoluției clinice a demenței posttraumatice. În ultimele două exemple se recomandă o analiză aprofundată a capacităților restante.

În toate cazurile în care condiția somatică interferă sistemul nervos central se analizează sediul leziunilor și implicațiile

fiziopatologice cu consecințe asupra funcțiilor psihice (pe modelul teoriei științelor comportamentului).

În cadrul patologiei neoplazice se analizează modul de evoluție a bolii precum și posibilitatea demonstrării, sau nu, a autointoxicației azotemice prin consumție.

În ceea ce privește condiția psihologică (inerent asociată unei condiții somatice) se analizează conjugat. Modelul de analiză a cazului pe model combinat, este foarte bine ilustrat de către Elisabeth Kubler-Ross care stadializează comportamentul pacientului ce află că suferă de o boală gravă (modelul este pentru neoplasm). La stadializarea autoarei s-a comentat posibila implicație medico-legală psihiatrică:

În Stadiul I, caracterizat prin șoc și negare, unii dintre pacienți nu cred, nu trec de acest stadiu și merg de la un medic la altul până găsesc pe cineva să fie de acord cu ei;

În Stadiul II, caracterizat prin mânie, pacienții se simt frustrați, iritați pentru că sunt bolnavi. Uneori mânia se îndreaptă împotriva lor (se autoînvinovățesc pe binomul au greșit în viață și sunt pedepsiți). În acest stadiu pot apare implicații medico-legale (în funcție de intensitatea trăirilor, simptomelor) cea mai frecventă fiind suicidul.

În Stadiul III, caracterizat prin negociere, pacienții promit (medicilor, prietenilor, forțelor celeste etc.) donații etc., promisiuni că vor merge regulat la biserică etc. în schimbul vindecării. Şi în acest stadiu pot apărea implicații medico-legale, mai ales civile, aparținătorii contestând actele notariale, promisiunile.

Stadiul IV este caracterizat prin depresie care poate fi reacție la boală sau la efectele bolii (serviciul, finanțe, izolare) sau la anticiparea pierderii reale (în curând) a vieții. Implicații medico-legale sunt posibile și variate.

Stadiul V este caracterizat prin acceptarea bolii, dar și în acest stadiu pot apărea implicații medico-legale deoarece bolnavul deși își acceptă boala și consecințele acesteia, în funcție de starea somatică, poate fi ușor manipulat și excrocat.

Modificarea clarității câmpului de conștiință reprezintă motivul cel mai des invocat, mai ales, în cauzele penale (în apărare). Patologia somatică este invocată în marea majoritate a cazurilor al căror obiect este stabilirea competenței (în contestare). Pentru a se putea soluționa expertiza cu maximum posibil de acuratețe științifică, este necesar a se cunoaște bine diferitele mecanisme.

Gruparea acestor situații s-a impus și prin faptul că, având în vedere trendul și rigorile actuale din perspectiva științelor comportamentului, trebuie să se înțeleagă reperele reactivității individuale, fiecare caz deosebindu-se de celelalte (cazurile reprezintă persoane cu comportamente și reactivitate individuală).

PERICULOZITATEA PSIHOPATOLOGICĂ

Dan Prelipceanu

IPOSTAZELE PERICULOZITĂȚII

Periculozitatea (P) desemnează riscul de violență rezultat dintr-o agresivitate ce nu poate fi controlată sau din alte multiple situații care scad controlul propriului comportament al unui individ.

Conținutul psihiatric al periculozității se referă la o depresie inhibată cu risc suicidar, la o catatonie cu negativism alimentar, la un schizofren cu comportament dezorganizat și agitat, dar și la un psihopat care își terorizează vecinii/ familia când ajunge în starea de beție acută. De aici extrema sa diversitate și nespecificitate. Periculozitatea se află într-o permanentă și sensibilă relație de condiționare reciprocă cu anturajul, condițiile de viață, abandonul profesional, alcoolismul etc. periculozitatea devine imposibil de descris într-o definiție. Nefiind consecința unei singure boli și nici a unei anume situații, periculozitatea nu aparține conceptual psihiatriei, chiar dacă psihiatria îi poate stabili anumite *modalități* și *caracteristici* influențate de anumite boli și de stările lor evolutive.

În acest sens, autorii sunt de acord că periculozitatea este legată printr-o relație parțială de caracterul habitual al unor comportamente din unele boli sau de decompensări de scurtă durată care se pot remite spontan. Bolnavul se poate afla pentru o perioadă de timp într-o „stare de periculozitate". Această „stare" este însă definită ca „periculoasă" prin determinative de natură socială, în speță juridice. De aceea, chiar psihiatrii o consideră un concept elastic, chiar „efemer" (Sarbin, 1967), „proteic" (Rennie) și... „periculos" (Scott, 1977).

Pentru Leyrie periculozitatea este o noțiune de răscruce a psihiatrilor, crimino-logilor și polițiștilor, care pune chestiunea relațiilor individului cu societatea „de o manieră practică și cotidiană".

Ea depăşeşte conceptul de boală psihică, ca şi pe cel de devianţă ridicând, uneori cu acuitate, problema adaptării sociale a individului.

Periculozitatea e o „maladie a întâlnirii"(Colin). Criminologii italieni disting periculozitatea „criminală" de cea „socială" (noi o numim ca şi Leyrie, „periculozitatea psihiatrică propriu-zisă"). Caracterizând acţiuni şi stări limită ale vieţii, periculozitatea proiectează asupra acestora, exigenţele normative ale culturii, societăţii în care trăieşte individul/ pacientul respectiv sau chiar, *in extremis*, condiţia cea mai general-umană ce îşi are sorgintea în instinctele speciei umane: fiecare individ al speciei trebuie, prin natura firii, să-şi prezerve viaţa şi integritatea.

Din punct de vedere clinic, comportamentele periculoase manifestate la unii pacienţi (psihopaţi îndeosebi) pot fi împărţite în reacţii autoagresive, heteroagresive directe şi reacţii heteroagresive indirecte (neglijente în acţiunile proprii cu consecinţe fatale pentru alţii sau faţă de bunuri etc.).

1. Prima *ipostază a periculozităţii* este data de individul periculos care nu a produs (încă) un delict. Pacientul potenţial violent este o realitatea clinică: persoana care perturbă liniştea publică este periculoasă pentru alţii, pentru sine, pentru bunuri. Clinicianul trebuie să stabilească dacă este un posibil pacient periculos sau violent.

2. *A II-a ipostază* este dată de pacientul delictual care a comis deja delictul. Dacă este lipsit de discernământ va fi exonerat de pedeapsa penală.

Algoritmul diagnostic medico-legal va face distincţia: „persoană cu tulburări psihice" *vs* „pacient" *vs* „delincvent din cauze psihopatologice".

Vom vorbi deci de periculozitate „pre-delictuală" *vs* periculozitate „delictuală".

În aprecierea periculozităţii vorbim de: **periculozitate pentru sine** („nevoia de tratament"/ *need for treatment*) sau **pentru alţii şi periculozitate pentru bunuri** („datoria de a proteja"/ *duty to protect*).

Riscul (*Evaluarea riscului):*

Individul (pacientul) potenţial violent, liber în comunitate presupune atitudini terapeutice, monitorizare pentru diminuarea riscului, ceea ce reprezintă prevenţia secundară.

Riscul creşte odată cu apariţia violenţei, care poate surveni în diferite ipostaze:

• Violenţa pacientului internat/ violenţa imediată externării/ violenţa neprevăzută, neaşteptată a pacientului aflat în dispensarizare;

• Evaluarea eronată a violenţei şi a consecinţelor ei poate genera acuze de neglijenţă profesională/ malpraxis/ poate genera comportamente grave.

Orice discuţie despre bune practici clinice şi managementul riscului subliniază importanţa calităţii documentării din dosarul medical (Tardiff, 2002).

Evaluarea, tratamentul, managementul violenţei clinice ar trebui să fie susţinute de date clinice, anamnestice prezentate în asocierea lor logică (Felthous, 2011).

Claritatea gândirii clinicianului trebuie să reiasă din formulările consemnate în foaia de observaţie clinică, principalul instrument clinic pe care îl avem la dispoziţie (ceea ce nu este documentat nu există!).

Evaluarea clinică a violenţei potenţiale utilizează 4 căi succesive şi integrate totodată, ca urmare le prezentăm unitar:

Diagnostic – comportament – date statistice unanim acceptate şi integrate în diagnosticul formulat ca în DSM/ ICD şi referitoare la ceea ce este acceptat cu privire la riscul psihopatologic aşa cum reiese din fenomenologia clinică (simptome, sindroame oarecum detaşate de formularea seacă a diagnosticului oficial).

Delimitări conceptuale

1. *Periculozitatea* nu este un termen ştiinţific al *sănătăţii mintale* al psihiatriei, nici un diagnostic sau concept psihiatric. *Periculozitatea* desemnează riscul de violenţă rezultată dintr-o agresivitate ce nu poate fi controlată sau din alte multiple situaţii care scad controlul propriului comportament al individului. Conţinutul psihopatologic poate aparţine aproape oricărui diagnostic psihiatric.

2. *Periculozitatea* este un concept juridic şi sociologic. Ea nu aparţine psihiatriei, care îi poate stabili doar modalităţi, caracteristici influenţate de stări psihopatologice. *Periculozitatea* poate fi legată parţial de caracterul habitual al unor comportamente din unele boli/ decompensări, ca urmare, un individ/ pacient poate fi periculos la modul temporar/ situaţional.

3. Starea de *periculozitate* este definită prin determinative de natură socială (juridice). Diverşi autori o consideră un concept elastic, efemer.

4. *Periculozitatea* este o noţiune de răscruce a psihiatriei, criminologiei, poliţiştilor care pune chestiunea relaţiei individ – societate de o manieră practică şi cotidiană.

5. *Periculozitatea* reflectă mai mult decât boala psihică şi anume devianţa, punînd problema adaptării/ dezadaptării sociale a individului. Şcoala italiană de criminologie diferenţiază **periculozitatea criminală** ***vs*** **cea socială (psihiatrică propriu-zisă);** *periculozitatea* caracterizează acţiuni şi stări limită ale vieţii.

6. Chiar dacă *periculozitatea* este un concept de natură juridică, unii criminologi clinicieni o raportează la un sistem de referinţă clinic psihiatric: Stare de periculozitate pre-delictuală (periculozitate psihiatrică „propriu-zisă") cu 3 subspecii: „critică", „în scurt-circuit", „cronică" şi această formă reprezintă cristalizarea *periculozităţii* prin trecerea de la „starea de risc" la cea de „execuţie".

7. Criminologia clinică şi medicina legală operează cu conceptul de **Periculozitate în sens larg** (delincvenţa, alte comportamente deviante, periculozitatea psihiatrică „propriu-zisă"). Psihiatria în schimb, operează cu comportamentele pre-delictuale. Odată delictul comis, *periculozitatea* devine de domeniul juridic. Dar codul penal/ norma juridică solicită ajutorul psihiatriei (judiciare) pentru stabilirea criteriilor medicale ale *Discernămîntului* pentru a putea stabili vinovăţia şi gradul de responsabilitate. Psihiatria devine un instrument de evaluare al justiţiei.

Predicţia periculozităţii

Sensul psihiatric al *periculozităţii* include orice comportament ce poate aduce lezarea oricui şi care poate fi tratat prin orice intervenţie medicală.

Comportamentele periculoase ale pacienţilor sunt reacţii auto-agresive sau hetero-agresive (directe sau indirecte de tipul: neglijenţe în acţiunile proprii cu consecinţe fatale pentru alţii, faţă de bunuri etc.).

Psihiatrul răspunde oricărei solicitări prin propuneri terapeutice (prin aplicarea modelului medical). Periculozitatea este echivalată de psihiatru prin însăşi boala, stadiul ei evolutiv, situaţional

şi temporar. Poate deveni şi o etichetă pusă cu prea mare uşurinţă chiar de psihiatri.

Orice comportament deviant poate fi în mod eronat calificat drept periculos, ceea ce duce la pierderea credibilităţii criteriilor periculozităţii. Această eroare decurge dintr-un *amestec de zel, ignoranţă şi auto-protecţie.*

Standardele din perioada anterioră DSM III se bazau pe 2 variabile:

- Tipul vătămării/ actului periculos,
- Diagnostic,

ambele evaluate prin interviul psihiatric.

Validitatea predicţiei se putea face pe termene foarte scurte (Monahan, 1981), sau era absentă (Steadman, Cocozza, 1980). De aceea Monahan (1984) a sugerat „*second generation thinking*" care să se concentreze pe dezvoltarea unor metode statistice, psihometrice care să includă datele clinice în prelucrări de semnificaţie statistică, alături de alţi factori predictivi (situaţionali, psihometrici) şi un alt tip de studii, pe populaţia generală şi pe termene scurte, care să verifice validitatea acestor „tehnologii".

Alte abordări pentru creşterea fiabilităţii predicţiei *periculozităţii* pre-delictuale se bazează pe alegerea variabilelor „statice" precum: tipul crimei, vârsta + sexul victimei, antecedentele şcolare, vârsta la debutul comportamentului criminal, consum droguri etc.

Utilizarea acestor variabile nu a generat rezultate mai bune decât prima generaţie de studii exclusiv clinice (Hanson & Bussiere, 1996). Hanson & Bussiere şi Monahan au propus includerea unor factori clinici „dinamici" în evaluările de semnificaţie statistică.

S-a ajuns astfel la „*third generation thinking*": dezvoltarea de standarde clinice de predicţie a *periculozităţii* bazată pe un model standardizat de factori şi de condiţii semnificative statistic cu care să operăm în stabilirea probabilităţii violenţei viitoare într-o situaţie dată. Un astfel de model (modelul situaţional) a fost propus de Mulvey & Lidz (1995) şi a fost utilizat în Israel. Acest model ar intenţiona definirea unei „situaţii", care generează/ favorizează violenţa şi este apropiat de modelul Tarasoff (*lege ferenda* dupa cazul Tarasoff în legislaţia din California).

Alt model, mai limitat decât cel situațional, este „evaluarea fenomenologică". O astfel de abordare a fost modelul *Tarasoff* – predicția *periculozității* la un individ care nu a arătat niciodată un comportament violent. A fost criticat pentru că ar fi prea defensiv, ar genera un conflict etic și o extindere excesivă a noțiunii de *periculozitate*.

Violența după externare poate fi considerată dincolo de responsabilitatea psihiatrului dacă:

1. Pacientul nu a avut comportamente violente în timpul internării și nici nu au fost motive de a fi bănuit de astfel de comportamente;

2. A fost evaluat în această direcție, cu documentarea faptului că nu sunt motive clinico-anamnestice de a-l considera virtual violent;

3. Au fost sesizate propensiuni către violență, a fost evaluat în acest sens, s-a acceptat un anumit prag de violență și s-a pus în balanță cu interesele potențialei victime, formulându-se un plan argumentat de tratament din care măsura de externare să facă parte, la fel, cu argumente.

Altă ipostază atinge decizia de a externa un pacient din art. 114 (se referă la măsurile de siguranță). Evaluarea va ține cont de fenomenologia descriptivă particulară a periculozității (violenței clinice) a pacientului (impulsivă, premeditată, recurentă, magnitudine, asociere în grup, caracterul iterativ al periculozității etc.) și de rezultatul tratamentului (remisiune, aderență la tratament, rețea de suport social în mediul familial, posibilități reale de monitorizare în ambulatoriu).

Evaluarea periculozității în expertiza medico-legală psihiatrică

Comportamentul agresiv determinat de psihopatologie poate fi: impulsiv (dominat de componenta emoțională, cel mai tratabil), spontan (fără emoție, necontrolat), compulsiv (emoție + elaborare, ca în răzbunarea deliberată), agresiune deliberată (slab emoțională, destul de elaborată, cu sânge rece, planificată).

Contextul (spital, subcultura deviantă, mediu privativ de libertate, de afecțiune, delincvență juvenilă, spital de maximă siguranță) reprezintă factorul major.

Factori de risc în declanşarea stării de periculozitate:

Riscul – o problemă factuală; Periculozitatea (pericolul) – o chestiune de judecată/ opinie (Floud, 1982).

Unii pacienți sunt violenți doar pentru că poartă un diagnostic (mania în primul rând), iar tratatamentul diminuează periculozitatea. Violența impulsivă din furorul maniacal se reduce cu medicație antipsihotică. Evaluarea clinică competentă nu are nevoie de nici o statistică, nici chiar de DSM IV.

Evaluarea factorilor de risc în declanşarea stării de *periculozitate* necesită:

1. Evaluarea riscului suicidar prin internarea pacientului; chiar şi aşa, aceşti pacienți pot fi ambivalenți, pot reacționa heteroagresiv la măsurile de monitorizare.

2. Primează criteriul nevoii de tratament.

3. Riscul suicidar trebuie tratat de echipa interdisciplinară, care trebuie să comunice foarte bine, ceea ce, din păcate, nu se întâmplă întotdeauna.

4. Evaluarea factorilor de risc în criminologia clinică:

a) Situația de periculozitate reprezintă un conglomerat de factori individuali (personalitate, educație, biografie), reacționali şi de context psiho-social (inclusiv oportunități de facilitare a agresivității) ce caracterizează modul de producere al periculozității.

b) Fiecare din aceşti termeni ai ecuației criminologice intră la un moment dat în scenă pentru a determina, favoriza, influența sau declanşa situația de *periculozitate*.

CRIMA DE OMOR – PARTICULARITĂȚI DE ABORDARE ÎN MATERIA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Gabriela Costea

La 8 iunie 1862, în cuvântarea de la Adunarea Națională legislativă, Barbu Catargiu spunea: „Pacea, domnilor, pacea și odihna sunt scăparea țării și voi prefera moartea mai înainte de a călca sau a lăsa să se calce vreuna din instituțiile sale". La ieșirea de la ședința adunării, pe dealul mitropoliei s-a comis primul asasinat politic al României moderne. Două gloanțe au curmat viața primului ministru conservator. A doua zi s-a efectuat autopsia de către prof. dr. Iacob Felix, dr. Georganda și dr. Sarhosin, în prezența procurorului curții apelative criminale din București. La data de 15.06.1862, raportul de autopsie a fost publicat în Monitorul Oficial.

A fost o crimă politică, un tip de crimă printre altele. Fiecare domeniu clasifică crimele după specificul său.

Expertiza medico-legală psihiatrică este chemată să aprecieze discernământul persoanei care la un moment dat (bine precizat) a comis (sau este învinuit că ar fi comis) o crimă.

INTRODUCERE

Crima de omor și particularitatile sale

Omorul simplu este frecvent întâlnit în situații conflictuale interpersonale:

- aproximativ 80% în cadru domestic;
- comis de către sexul masculin;
- comis în perioada de adult, în perioada activă (26-45 ani);
- în prezent se constată o deplasare lentă dar constantă spre vârste tinere (sub 25 ani) și spre sexul feminin;

• reprezintă subiectul cel mai frecvent al unei expertize medico-legale psihiatrice.

Omoruri cu caracter particular ar fi:

• cele comise de copii și adolescenți, de femei, de persoane vârstnice; omoruri în context particular; omoruri rituale (rare în prezent); crime multiple; omor comis de către o singură persoană, cu victime multiple.

Contextul de comitere a crimei obișnuite ar fi:

• psihologic (trăiri neadecvate); adolescența; tulburări psihice (tulburări personalitate, schizofrenie etc); omorul impulsiv versus omorul deliberat; pe fondul consumului de substanțe psihoactive; crimă utilitară (frecvent), ideologică, întâmplătoare etc.; crimă în masă; omorul fanatic (concept incert – discutabil – funcție de multe circumstanțe).

Comportamente agresive

Există comportamente agresive specifice ale lumii vii (la toate speciile, inclusiv la om) definite și clasificate de către Moyer în 1976. O posibilă clasificare a acestor comportamente ar fi:

• agresiune în scop de pradă, bine motivată la om dar motivația neexprimând o necesitate comprehensibilă pentru ceilalți; la om apare și la persoanele fără tulburări psihice și chiar fără tulburări de personalitate (conform autorului) punându-se mai curând problema unei accentuări a unor trăsături narcisistice. Ar reprezenta mai curând o problemă de morală și anume, agresiune între bărbați ca expresie a competiției naturale necanalizată prin educație sau exprimată și datorită absenței unui cadru acceptat social de manifestare a spiritului competitiv natural.

• agresiunea indusă de teamă – este cunoscut faptul că sentimentul de teamă determină un răspuns agresiv, biologic programat. La om ar fi evidentă în mediile concentraționare, în mod deosebit în mediul penintenciar;

• agresiune teritorială – un răspuns agresiv la care se pare că toate eforturile de tip spiritual și social nu îl pot învinge fiind bine evidențiat istoric (războaiele de apărare, răscoale țărănești) și, mai actual, în țara noastră, omorurile motivate prin dispute legate de proprietatea asupra pământului);

• agresiunea maternală – mai puțin exprimată la om, diminuarea drastică a acestui tip de răspuns ar explica „toleranța"

exagerată față de relele tratamente asupra copiilor, comise de către parteneri, fără ca mamele să reacționeze nici măcar prin reclamații. Bineînțeles mai apar implicate și aspecte culturale, de tipul „pater familiae" etc., totuşi nu poți să nu admiri femelele, chiar „domesticite", cum devin furioase şi violente dacă instinctul le spune că există un potențial pericol pentru puii lor;

• agresiunea iritabilă – ca răspuns la frustrații, la stres, la durere fizică, la comportamente considerate jignitoare. Este deosebit de frecventă la om

• agresiunea relaționată cu sexul, de asemenea exprimată mai clar la om.

De la agresiune, ca expresie a unui comportament „de răspuns" caracteristic lumii vii, până la agresivitate, cel puțin teoretic, există un lanț cauzal de accentuare sau de pervertire a răspunsului.

Simpla lecturare a clasificării prezentate anterior ne orientează şi spre rolul grupului apartenent (macro sau microsocial) și ne invită la o multitudine de întrebări de ex. de ce s-a atrofiat cu tendință spre „0", la om, răspunsul agresiv maternal, fiind chiar înlocuit cu comportament heteroagresiv împotriva propriei progenituri (aspect întâlnit foarte rar la femelele altor specii unde instinctul perpetuării speciei reprezintă rațiunea existenței). De ce s-a dezvoltat atât de mult, la om, agresiunea instrumentală, de ce laturile psihologică, socială și spirituală a personalității nu echilibrează mulțumitor, latura biologică înnăscută? Dacă aspectul biologic înnăscut este corespunzător dezvoltării speciei umane, atunci, logic, apar „accidente" și atunci, de ce apar, cum acționează și cum influențează răspunsul prin agresiune? Anumite trăsături ale răspunsurilor prin agresiune depind de habitat și, implicit, la om, de intervenția omului organizat social.

OMORUL PATOLOGIC

Abordare interdisciplinară

Crimele de omor impun o apreciere corectă a responsabilității sau a iresponsabilității penale în vederea evitării unei erori judiciare, respectiv a pedepsirii vinovatului sau tratării iresponsabilului în scopul beneficiului social. Teoretic, „iresponsabilul penal" a comis un omor patologic dar aprecierea că autorul „responsabil penal" nu a

comis un omor patologic este discutabilă şi depinde atât de concepţia psihopatologică de abordare, cât şi de cea medico-legală.

Studiul cauzalităţii omorului patologic, presupunând aprioric implicaţii medicale, aduce în discuţie „profilaxia patologicului" în corelare cu „prevenţia actului infracţional". Parametrii profilactici şi preventivi impun aprecierea „periculozităţii sociale" care, la rândul ei impune aprecierea „stării de periculozitate", a „potenţialului infractogen" (V.Dragomirescu), noţiune uzitată de criminologia clinică, implicând şi concepte sociologice şi psihologice.

Domeniile ştiinţifice implicate în abordarea teoretică şi aplicativă precum şi în interpretarea cauzală a homicidului patologic deriva din dezideratele sociale majore cuprind:

1. Domeniul juridic care oferă datele necesare interpretării cauzale, „primul timp" în demararea anchetei efectuându-se în echipa interdisciplinară (poliţie –parchet şi medic legist). Cercetarea la locul faptei oferă primele indicii (uneori hotărâtoare) în orientarea „spre patologic". Ulterior, stabileşte existenţa sau non-existenţa mobilului. În baza analizei cauzale şi implicit a etichetării de „omor patologic" se iau decizii socio-juridice şi medicale (situaţii în care aprecierile criteriologice medicale ca şi recomandările măsurilor de siguranţă medicală nu pot fi ignorate). Mai mult, juriştii colaborează cu medicii la realizarea programelor de reinserţie şi participă ca „parte" în sistemul decizional. De remarcat că, deşi calificarea faptei aparţine juriştilor, uneori această calificare nu poate fi făcută fără aportul medicului legist. Din aceste rare situaţii, cele mai întâlnite sunt situaţiile limită legate de moartea suspectă, moartea inexplicabilă la sugar, diferenţierea homicid/ suicid şi homicid/ accident. Odată susţinută argumentaţia cauzală a homicidului, calificarea faptei ar apărea simplă, dar practica demonstrează că nu este aşa. Incomprehensibilitatea condiţiilor psihologice şi a circumstanţelor sociale, ca şi absenţa mobilului nu includ din start omorul patologic. În aceste cazuri, rare dar deosebit de importante tocmai prin caracterul limită şi posibilitate de erori judiciare, echipa mixtă (medic legist şi psihiatru) analizează fenomenologic, „pas cu pas" totalitatea datelor de anchetă şi medicale pentru reconstituirea unor eventuali parametri psihopatologici. O interpretare cauzală cât mai argumentată contribuie astfel la evitarea unei erori judiciare. Mai mult, contribuie la elucidarea cât mai corectă a implicaţiilor civile (daune morale etc.)

precum şi prin analiza mecanismelor de feed-back pe principi cauzale, la îmbunătăţirea asistenţei medicale primare în general şi a psihoprofilaxiei primare în special.

2. Teoriile sociologiste privind homicidul şi reinserţia socială (teoriile clasice) nu au rezistat în totalitate timpului. Criminalitatea s-a dublat sau triplat chiar în ţările în care s-au „rezolvat" problemele sociale, recidivele au crescut ca frecvenţă, a crescut frecvenţa omorurilor comise prin cruzime, de copii şi adolescenţi. În faţa acestor situaţii de fapt, sociologii moderni şi-au revăzut teoriile. Astfel, Merton (1971), Moscovici (1976), Mortomino şi Sagari (1976) incluzând criminalitatea în cadrul larg al devianţei, împart această categorie de devianţi în patru tipuri dintre care două vizează explicit patologicul (tulburări de comportament şi handicapaţi) şi 2 care se relaţionează indirect la patologic (subculturali şi transagresori). Cu această clasificare care implică în totalitate psihopatologia (în nosologia ei modernă) sociologii contemporani se reorientează asupra cauzalităţii homicidului, pe care îl situează pe locul trei în ceea ce priveşte caracterul universal vizând conduita reprimată social, spre următoarele aserţiuni:

a) Reacţiile sociale la devianţă nu pot fi reduse la consideraţii utilitare realizându-se astfel un cerc victimologic vicios (care în limbaj cauzal generează noi cauze într-un lanţ cauzal multidimensional) corolarul psihiatric fiind, în anumite situaţii, patologia reactivă iar cel medico-legal fiind inclus în cadrul reacţiilor medico-legale;

b) „Situaţia" în care se află deviantul reprezintă ansamblul circumstanţelor exterioare (implicate diferit în omorul patologic);

c) „Oportunitatea" reprezintă convergenţa la un moment şi într-un loc dat a circumstanţelor materiale favorabile executării actului;

d) Actul delictual va fi pendinte de o „exploatare" eficientă a situaţiilor (cu cât nu se respectă eficienţa sau cu cât eficienţa apare aberantă, cu atât se vizează patologicul);

Locul condiţionărilor clasice a fost luat de „schimbările sociale" dar acestea evidenţiază capacitatea sau incapacitatea de adaptare a individului şi mod deosebit a bolnavului psihic. Aceasta constatare reprezintă „un ajutor practic" în diferendele dintre medici şi jurişti privind etichetarea unui omor ca fiind „patologic" în anumite

„perioade" caracteristice din punct de vedere social (când frecvența acestor omoruri crește).

Presiunea de grup social și societatea tolerantă la violență sunt considerați cei mai importanți factori de risc în exprimarea comportamentului violent (Zerrin Atakan și Davis). A acești factori implică structura personalității comportamentului învățat, formarea atitudinii și a preferinței, intenționalitatea intrisecă și cea derivată cu implicații majore psihologice și psihopatologice.

Homicidul (ca și alte acte delituale) crește în frecvență în raport direct cu creșterea solicitărilor sociale și cu scăderea reglărilor intriseci macro și micro sociale, implicând astfel reactivitatea și capacitatea de răspuns a individului (psihopatologie reactivă și reacții medico– legale). Aparatul judiciar, prea impersonal și prea legalist, nu are „cu adevărat impact" asupra delictualității și lasă loc liber reacțiilor victimologice în cerc vicios (cu creșterea frecvenție „complicațiilor", a „cauzalității secundare" și a celei „disjunctive" cu reflectarea în creșterea frecvenței condiționărilor multiple și a cauzalității complexe).

În concluzie, noile concepte sociologiste se referă, logic, atât la domeniul juridic și psihologic cât și la cel biologic (medical).

În aceste condiții, evaluarea socială are pondere diferită în aprecierea omorului patologic fiind deosebit de importantă în aprecierea reacțiilor medico-legale heteroagresive, în debuturile medico-legale, precum și interpretată diferit de către psihiatri și legiști în aprecierea cauzei primare, efectului primar, reacției secundare și a rangului circumstanțelor față de condiții.

3. Teoriile psihologice

Teoriile psihologice clasice au fost mai puțin spulberate de evoluția faptelor.

Teoria motivațională rămâne instrumentul încă actual, de analiză cauzală în homicid, cercetările contemporane completând-o în ceea ce privește substratul biologic și nivelul dinamicii, inerente modificărilor sociale. V. Dragomirescu împreună cu A. Romila în 1971 și O. Hanganu (1982), precizând că „motivația trebuie căutată permanent la nivelul cauzelor și nu la nivelul efectelor" subliniază importanța studiului motivației, diferențiind motivația de motiv și de mobil. În 1990, aceștia reiterează faptul că trebuie înțeles „sensul biologic, fiziologic, psihologic, sociologic precum și psihopatologic al

procesului motivațional... legat de o situație plăcută sau neplăcută, trecătoare sau durabilă, așteptată sau fortuită ca un aspect al vieții emoționale, determinat endogen prin trebuințe, tendințe, impulsuri și... prin elaborarea scopului ca obiect anticipat al acțiunii". Se delimitează astfel *motivul* – unitatea ce acționează din interior motivația – ca un ansamblu de motive ce declanșează condițiile interne sau externe și *mobilul* (teoriile juridice, în marea lor majoritate, nu diferențiază motivul de mobil).

În urma analizelor actuale și a diferitelor experimente, psihologia contemporană punctează următoarele aspecte:

• Interpretarea psihanalitică a criminalității, inclusiv a omorului patologic nu apare conformă cu realitatea, terapiile psihanalitice neacționând profilactic. Se pune astfel sub semnul întrebării implicarea comportamentului nevrotic datorat complexelor formate în prima copilărie și vindecabil prin tratament psihanalitic (sub aspect corelativ cauzal).

• Condiționarea negativă, inadecvată sau aplicată eronat, la un moment nepotrivit (teoria alegerii momentului a lui Solomon) duce la culpabilitate și nu la evitarea homocidului (M. și E. Eysenk).

• Intenționalitatea intrisecă este mai curând implicată în reacțiile medico-legale heteroagresive cu îngustarea câmpului de conștiință și datorată situațiilor victimologice imediate (reacții primitive) iar intenționalitatea derivată este implicată în calitatea reprezentărilor și implicit a motivației.

• Coordonatele motivației depind și de formarea atitudinii și a preferinței față de un eveniment sau altul, atitudinea fiind definită ca o predispoziție de a reacționa favorabil sau nefavorabil față de un obiect sau eveniment, este un comportament ales, determinat de formularea mentală a atributelor specifice. Modelul format transformă raționamentul individului relativ la evaluarea atributelor specifice după o scală unidimensională de caracterizare prin experiențe perceptuale.

Modelele sunt de tip **compensatoriu** (atributele mai puțin satisfăcătoare se compensează prin exacerbarea altor atribute), **necompensatorii** (se apreciază pozitiv doar unele atribute, celelalte nefiind compensate) și **alternative** (sunt utilizate ambele modele, secvențial, căutându-se o decizie logică). În condiții și circumstanțe date (care pot fi ele însele evenimente, ceea ce lărgește sistemul

cauzal) atitudinea față de un eveniment se poate modifica și din jocul rezultat se poate ajunge la omor patologic sau la reacții medico-legale heteroagresive.

Psihologia contemporană recunoaște implicarea biosocială în comportamentul criminal, inclusiv în cel patologic, comportamentul criminal cultural apărând mai puțin relevant. Introvertiții se lasă mai greu condiționați pozitiv decât extrovertiții. La antisociali ca și la psihotici există o sensibilitate a sistemului limbic, deci a paleocortexului. Factorii genetici (la criminali) reprezintă baza a trei sferturi dintre elementele variabile iar factorii de mediu nu depășesc ca pondere sfertul rămas. Ca urmare, criminalitatea are o componentă genetică decisivă, fapt confirmat de realitatea concretă și care argumentează teoriile „psihiatrizării" în cauzele de omor, cu consecința logică a lărgirii conceptului de omor patologic (H. și M. Eysenk). Intră astfel în discuție psihopatologia și plurifactorialitatea marilor sindroame psihotice și psihopatice de nucleu.

Există „puncte comune" în manifestările de tip „psihotic" și „psihopatic" ca: ostilitatea, egocentrismul, lipsa grijii pentru alții, răceala afectivă etc., ansamblu de trăsături denumite de H. Eysenk ca „duritate încăpățânată" și, care caracterizează de astfel masculinitatea intrând astfel în discuție componentele endocrine (de unde importanța deosebită cu care trebuie să apreciem omorul comis de femei, mai ales când este comis cu cruzime). Aspectele descrise explică eșecul psihoterapiei și optarea pentru tratament cu psihotrope. Reținem că omorul intrafamilial este asociat de obicei cu introversia (ucigașul potențial este în general blând, introvertit și înclinat să acumuleze pe tăcute resentimente și ura care sfârșesc prin a exploda sub forma crimei) (H. Eysenk). Intră astfel în discuție și omorul patologic cu cauzalitate interpretabilă pe linia reacției medico-legale – reacție de culise. Alături de structura personalității se iau în considerare factorii endogeni legați de sex și vârstă. Se consideră că factorii psihologici de risc pentru comportamentul violent sunt: anxietatea, teama pentru siguranța proprie, furia sau certurile, sentimentul de a fi depășit de situație, sentimentul de a nu face față unei situații, comportamentul învățat, antecedentele de abuz sexual sau fizic (Zerrin Atakan și Davies).

V. Dragomirescu subliniază pentru omorul patologic motivația patologică și tipul de condiționare endogenă și endo-exogenă. În acest

context, intenţionalitatea şi atitudinea pot potenţa şi/ sau explica motivaţia patologică.

Aplicativ, examinările psihologice ca examene complementare, se apreciază în funcţie de momentul examinării (puseu psihotic sau nu, stare reziduală etc.), motivaţia patologică fiind în primul rând stabilită clinic. Mai importante apar relevările privind trăsăturile personalităţii de fond (în reacţiile afectogene), fondul atitudinal, internaţionalitate, fondul cognitiv ca şi delimitarea criteriilor psihologice de apreciere a axului psihoorganic.

Lorentz afirma că agresivitatea este un „rău ereditar al omenirii", mecanismul principal al agresivităţii intraspecifice fiind reprezentat de necesitatea de prezervare a speciei (inclusiv de apărare a progeniturii). Numai în situaţii limită de îngrădire severă a libertăţii se constată agresivitate maximă în lupta pentru teritoriu, pentru hrană (cu corolarul eliminării nevroticilor), pentru depăşirea ierarhiei, pentru cucerirea partenerei, etc. Agresivitatea interspecifică se realizează după epuizarea mijloacelor de evitare a conflictului. Un mecanism comun este cel al reacţiei la stres major ca expresie a intenţionalităţii intrinseci (de unde aprecierea reacţiilor primitive). Se constată o teamă marcată care depăşeşte posibilitatea de a adopta o atitudine învăţată pe model compensatoriu devenind imposibilă perceperea şi alegerea unei alte opţiuni. Se intrică astfel mecanismul complex al reacţiei medico-legale heteroagresive. Mecanismele descrise îşi au rădăcinile în constituţia organismului uman cât şi în aserţiunile moderne socio-psihologice privind componenţa majoră genetică a criminalităţii.

4. Teoriile biologice

Strict biologic, de comportamentul agresiv este responsabil paleocortexul, respectiv structuri paleo- sau allocorticale, juxtacorticale şi subcorticale care funcţionează prin conexiuni multiple cu regiunile cortexului frontal asociativ, regiuni temporale şi cu corpii mamilari. Funcţionalitatea optimă se realizează prin interacţiunea cu celelalte procese cerebrale, cu substratul biochimic al agresivităţii, cu creierul în întregime, aflată în conexiune redundantă cu întreaga zonă şi cu mediul ambiant. Deficienţe la niveluri diferite (ca un joc al rangurilor cauze – condiţii) determină „amprenta tipului de omor" (impulsiv, deliberat, etc.) precum şi diferenţierea cauzată de loviturile cauzatoare de moarte sau aprecierea pe criterii medicale a

depăşirii de intenţie. Mediul, prin stimulii externi, determină motivaţia care declanşează programul aplicat în manifestările comportamentale.

Personalitatea apare astfel ca o dimensiune psihică cu un substrat neuro-biochimic programat genetic ce poate fi modificat fenotipic în variante ale normalităţii şi patologiei. Cu cât există o modificare mai subtilă sau mai evidentă, cu atât răspunsul la stimului sociali poate avea coloratura agresivă. Integritatea tuturor mecanismelor implicate este fragilă şi permanent agresată de chiar beneficiul vieţii sociale (ex. relaţia omor –psihoorganicitate-populare, etc.). Sublimarea sau comportamentul de luptă, de apărare prin luptă, alegerea atitudinii, exprimarea intenţionalităţii intrinseci sau derivate depind de integritatea şi armonia dintre ceea ce este dat şi ceea ce este câştigat încă din primele momente ale conceperii se consolidează „pas cu pas" prin sănătate biologică şi învăţare.

Homicidul patologic trebuie interpretat cauzal şi prin prisma antropologiei culturale şi psihiatrice, respectiv a comportamentului agresiv în funcţie de zona geografică şi de etnie, (cu aprecierea responsabilă a „ceea ce este peste" limita admisă ca specifică unei zone, unei culturi, unei etnii), a modului specific de educare a rezistenţei la stres. Analiza factorilor psihostresori incriminaţi, conform teoriei generale a sistemelor, impune precizarea subsistemelor „factori de stres", a relaţiilor interdependente dintre sistemul uman cu sistemul „mediu" precum şi a mecanismelor de reglare ce constituie la rândul lor subsisteme, ansambluri, etc. Factorii psihostresori în calitate de factori condiţionali externi (cei interni fiind ereditarea, sexul, vârsta, temperamentul, personalitatea) sunt specifici şi nespecifici, analiza cauzală a interacţiunii acestora cu cei interni presupunând analiza frecvenţei şi duratei de acţiune a agentului, condiţiile ambientale şi a variabilei individuale. Pentru omorul patologic reţinem:

• Omul este singura specie la care comportamentul agresiv are motivaţii complexe, dincolo de prezervarea individuală şi de perpetuarea speciei;

• Prin particularităţile date de inteligenţa, omul a creat o lume care acţionează asupra sa prin mecanisme de feed-back, ce induce la nivelul individului sentimentul insecurităţii ce poate genera în reacţii primitive (descrise de Kretschmer) puţin elaborate, impulsive, explozive (reacţii medico-legale) care aduc în discuţie cauzalitatea

pendinte de situațiile victimologice macrosociale (redundanța negativă la lărgirea libertăților în cadrul societății civile) și microsociale (intrafamiliale) cu implicarea patologicului;

• Influențele socio-culturale acționează efectiv asupra agresivității finalizate prin act homocidar deoarece există „culturi care încurajează agresiunea contribuind astfel la creșterea prevalenței tulburării paranoide și antisociale a personalității" (Kaplan, Sadock și Grebb).

În România, o rată a omorului de aproximativ 4-5 la 100.000 de locuitori (după unele statistici ar fi scăzut până la 2,5 -3 la 100.000), o creștere a prevalenței tulburărilor paranoide și antisociale și prin „influențe socioculturale insidoase sau brutale" de „sorginte xenopatică" siderează tot mai evident etosul populației (G. Ionescu) pe un fond de anxietate colectivă anterioară, aspecte ce implică cauzalitatea secundară, delimitarea și interpretarea cauzală a omorului patologic (situație ce ar trebui să dea de gândit tuturor specialiștilor).

Definirea și delimitarea conceptului de omor patologic

Abordând teoretic „omorul patologic" constatăm puncte de vedere diferite privind clasificarea și încercarea de definire prin clasificare, situație explicabilă prin argumente psihiatrice clinico-etiologice, de corelare omor-boală psihică precum și de cauzalitatea medico-legală psihiatrică. Altfel, pornind de la conceptul că normalul nu prezintă „semne clinice" și analizând „pas cu pas", conform modelului ontologic al dezvoltării umane constatăm că „se îngustează... categoria normalului variabil, normalitatea însumând în primul rând capacitatea de frână și de autocontrol al impulsurilor iraționale din propriul conștient". Teoretic, tot ce nu corespunde acestei definiții este patologic. A. Romila aduce în discuție raportul biopatic (anomalie temperamentală) cu variații după etnie și coordonate geografice/ sociopatie și apreciază că „este vorba de o variabilitate a caracterelor de la un centru normal mediu către o lateralitate, către o margine, către o anormalitate care când devine antisocială adaugă atributul de psihopatie". Dar antisociale sunt actele confirmate prin codul penal activ. Apare astfel logica întrebarea: omorul act antisocial sancționat prin lege comis de psihopați este omor patologic? De altfel, acest omor comis de psihopați reprezint

mărul discordiei în ceea ce priveşte definirea şi clasificarea omorului patologic. Tot A. Romila, subliniind obligativitatea precizării după repere clare în psihiatria medico-legală a simptomatologiei şi sindromologiei simplifică situaţia reiterând principiile de abordare a psihopatiei şi a celei mai frecvente trăsături descriptive – impulsivitatea – cu referire la „tipurile epileptoid şi sociopat descrise de Schneider (care ar forma categoria criminalilor)", la „posibilele combinaţii". Postulând, conform înlănţuirii logice a celor expuse ca normalul şi anormalul, până la limita patologică este responsabil şi pedepsibil, având „capacitate de vinovăţie" se poate reitera întrebarea: Există o relaţie între omorul patologic şi psihopaţi?

O altă dificultate de definire a omorului patologic derivă din situaţia, frecvent întâlnită la expertizare, şi anume: conştienţă normală actuală sau tulburări ale conştienţei elementare la momentul comiterii faptei şi conştienţa elementară normală la momentul expertizării. Se reconstituie pentru momentul faptei deficitul de self-control sau reacţii medico-legale (cu subsidiarul clinic reacţii acute de şoc, reacţii de subşoc, mecanisme de culise) cu stări crepusculare ori statusuri psihotice de tipul psihozei scurte a adolescenţilor sau a episoadelor psihotice tranzitorii. În aceste cazuri controversa apare intre medici şi jurişti care pe bună dreptate nu pot concepe un omor patologic la o persoană care la expertiză se prezintă „elegant şi normal". Medicii au obligaţia de a reconstitui statusul psihic (care poate fi psihotic) la momentul comiterii faptei, cu ajutorul datelor de anchetă (alt aspect fierbinte din relaţia medic – jurist).

Dificultatea definirii omorului patologic creşte cu intricarea (prin reconstituire) în aprecierea statusului psihic la momentul comiterii faptei a factorilor legaţi de individualitatea victimei (cazuri victimologice), a prevalenţialităţii (în crimele pasionale în general şi a homosexualităţii în special) precum şi a debuturilor medico-legale.

În contextul expus, apare meritorie încercarea lui Dan Prelipceanu (1989) de a defini şi clasifica omorul patologic (considerat a fi întâlnit în epilepsie, schizofrenie, confuzie,, reacţii acute psihotice) prin criterii specifice, respectiv „aspectul de violenţă extremă al faptei" (frecvent comisa cu cruzime), „absenţa motivaţiei inteligibile" (deci motivaţie „delirantă, halucinatorie sau rezultat al unei agresivităţii intempestive", „absenţa măsurilor de precauţie din modul de comitere a faptei", „atitudinea prealabilă de disimulare (în cazul

unei motivații delirante sau absența oricărui semn premonitor)" și „alegerea neașteptată a victimei (din anturaj, rudă sau întâmplătoare)". Definiția ne orientează spre cazuri tipice, necontroversate, de omor patologic, dar dificultățile apar în cazurile mai puțin tipice ca de exemplu în situațiile:

• reacție medico-legală în care se aplică doar o singură lovitură de cuțit;

• stare crepusculară în care aprecierea motivației patologice apare puțin forțată dat fiind tulburarea de conștientă la nivel elementar;

• cazuri de schizofrenie precum cel descris de D. Ceacanica, în care măsurile de precauție au fost minuțioase cu absența disimulării și a semnelor premonitorii clare (în același caz).

Tot Dan Prelipceanu, după această definire criteriologică a omorului patologic conform criteriologiei clinico-statistice, denumește totuși omuciderea ca fiind „cel mai grav comportament patologic pe care ființa umană îl poate dezvolta... aberație împotriva speciei". V. Dragomirescu apreciază (în baza experienței de expertizare medico-legală psihiatrică și medico-legală) omuciderea ca fiind „expresia cea mai frecventă a unui fond psihopatologic latent", omorul patologic presupunând antecedente psihiatrice, motivații patologice, reacții de culise și deficit sever de self-control (la marii lezionali cerebrali-epileptici și sechelari după traumatisme cranio-cerebrale).

Remarcând că tradiția românească apreciază omorul patologic ca depinzând de intensitatea psihotică și de tulburarea de conștiință la nivel elementar (implicit, cu absența capacității psihice de apreciere critică asupra conținutului și consecințelor social-negative ale faptei) constatăm că literatura străină este „mai largă", mai diferită, în funcție de școli și tradiții și mai contradictorie, definirea omorului patologic stabilindu-se prin clasificare și nu prin criterii clare. În acest sens amintim:

• În 1950, Laignel, Lavastine și V.V. Stanciu se referă la omorul patologic al alienaților și psihopaților. În 1960 Porot discută omorul în raport cu tulburările psihice.

• În 1965 Guttmacher descrie 11 tipuri de omor dintre care doar un tip (genocid) nu are conotații psihiatrice (remarcăm că este primul care se referă explicit la omorul psihotic pasager).

• În 1977 Layre clasifică ucigaşii în 4 grupe dintre care 3 vizează patologicul, una reprezentând omorul normal. F.B.I. clasifică omorul cu conotații psihiatrice enumerând ucigaşi cu anomalii psihiatrice şi ucigaşi consumatori de substanțe psihoactive.

• Benezech apare deosebit de interesat de omorul patologic. In 1992 îl clasifică în omor psihotic şi psihopatic, definindu-le criteriologic. Ulterior îl redefineşte prin clasificare, revenind asupra clasificării şi completând-o în 1996. Clasifică omorul patologic ca fiind: omor impulsiv (cu explozivitate patologică), pasional (complex morbid), psihotic nedelirant (reacții impulsive), psihotic delirant (proiectie delirantă), de cauză organică (boli somatice, intoxicații) şi omor neclasabil (tulburări psihice diverse). Tot în 1996 precizează grupele de boli în care apare omorul patologic (epilepsie, alcoolism, schizofrenie, P.M.D., oligofrenie, psihopatii excitabile, paranoiace, impulsive şi cu perversiuni sexuale, sindroame psihoorganice la P.G.P., encefalite şi traumatisme craniene). Deşi în 4 ani Benezech a revenit de 3 ori asupra problematicii, nu a reuşit să dea o definiție satisfăcătoare a omorului patologic. În această situație o interpretare cauzală a omorului patologic ar apărea ilogică, mai ales că trebuie să ne ferim atât de restrângerea conceptuală, cât şi de psihiatrizarea excesivă. Deci, modelul strict medical nu oferă criterii satisfăcătoare de delimitare a omorului patologic.

V. Dragomirescu a abordat interdisciplinar observațiile vizând comportamentul homicidar şi a nuanțat intricarea patologicului sintetizând jocul cauze – condiții – circumstanțe – efecte finale pe linia personalitate – conştiința – patologie –reacții medico-legale heteroagresive.

În aprecierea criteriologică a omorului patologic, clinicianul trebuie să aibă în vedere obligatoriu şi câțiva parametrii paraclinici, respectiv:

• corelarea leziunilor cerebrale minore cu sau fără exprimarea sindromului episodic de discontrol cu tulburări de personalitate de tip antisocial şi sadic;

• posibilitatea prezenței fenomenului de speță pozitivă la agresivii cu tulburări de personalitate de tip instabil – impulsiv, antisocial şi sadic;

• activarea sistemelor dopaminergice şi serotoninergice şi reducerea concentrației 5 HT în toate tulburările psihice cu

manifestări de tip impulsiv, hetero şi autoagresiv. Reducerea monoaminodroxilazelor trombocitare la personalitățile schizoide şi schizotipale, creşterea testosteronului şi estrogenilor în tulburările de tip antisocial, sadic şi borderline, intricarea sistemului imunitar în auto şi heteroagresivitate.

Heteroagresivitatea este secundară şi nu apriorică inclusiv la bolnavii schizofreni. La aceştia, tulburările perceptuale calitative şi ideile delirante (mai ales în formele paranoide cu delir de tip parafreniform) sunt mai implicate decât alte simptome. În cadrul schizofreniei reziduale ambivalența afectivă apare ca un raptus asociat frecvent răcelii afective. Modificările transculturale ale tematicii delirante oferă motivația delirantă pentru heteroagresivitate urmată de autoagresivitate. La debuturile medico-legale se pot reconstitui elemente de delir primar nesesizate nici de familie. Orientarea heteroagresivității la defectuali depinde şi de mediul de proveniență în corelare cu psihoprofilaxia secundară şi în mediul rural este o toleranță mai mare pentru bărbații impulsivi față de femeile „apatobulice", cu consecințe asupra complianței la tratament. Apar aşadar debuturi medico-legale ale formelor rare de schizofrenie, debuturi care par a se manifesta mai frecvent în mediul familial (asupra părinților şi fraților) mai implicați fiind adolescenții decât adolescentele. Există zone mai „marcate" de debuturi medico-legale, zone care, în acelaşi timp, nu ar avea o frecvență mai mare de omoruri comise cu cruzime.

În cadrul omorurilor calificate, implicările victimologice sunt aproape 50% pentru victime femei şi doar 1-3 pentru victime bărbați. În cadrul omorurilor calificate cu victime bărbați se reconstituie la aceştia tulburări psihice la aproape o treime (la egalitate tulburări de personalitate şi tulburări organice de personalitate).

Există corelare între consumul de băuturi alcoolice la momentul comiterii faptei şi consumul abuziv general de băuturi alcoolice la criminali cu tulburări organice de personalitate şi la psihopați. La cei endogeni, datele de corelare sunt dificil de interpretat datorită loturilor mici.

În practica de expertiză medico-legală psihiatrică apar mai puțin importante dezbaterile teoretice privind etichetarea unui omor ca fiind patologic sau nu. Important este să analizăm corect fondul patologic în corelare cu împrejurările comiterii faptei şi anume

comportamentul antefaptic, modul de comitere a faptei, comportamentul postfaptic, motiv, motivație (comprehensibilitatea/incomprehensibi-litatea motivațională), mobil. Cu cât un omor este comis cu mai multă cruzime, cu cât este mai bizar, cu atât vorbim de o patologie severă de tip disociativ sau de implicarea organicității cerebrale. O bună reconstituire pe modelul reducției fenomenologice ne apropie cât mai mult de soluția optimă. În schimb, în vederea unor recomandări pertinente trebuie să avem în vedere abordarea interdisciplinară a comportamentului homicidar.

PRUNCUCIDEREA

Definiție

În România, legislația defineşte pruncuciderea ca fiind omorul comis de către mamă asupra noului născut, imediat după naştere, mama aflându-se într-o stare de tulburare produsă de naştere. Crima este pedepsită cu închisoare între 2-7 ani, tentativa nu este prevăzută expres. Acest tip de crimă se diferențiază de omorul calificat (care este considerat grav datorită faptului că este comis asupra unei persoane aflate în imposibilitatea de a se apăra) şi de violența accidentală. Definită ca o crimă împotriva unui nou-născut, încadrarea în „pruncucidere" depinde de expertiza medico-legală psihiatrică deoarece:

Expertiza trebuie să reconstituie o tulburare psihică apărută în condiții bine determinate, la un moment anterior examinării;

Psihiatrii nu pot eticheta pruncuciderea în absența datelor medico-legale şi de anchetă. Medicii legişti nu pot aprecia „tulburarea" în afara reconstituirii statusului psihic al mamei la momentul naşterii, fără examinare psihică la momentul expertizării şi fără o reconstituire a dinamicii psihopatologice între cele două momente (momentul naşterii şi cel al expertizei).

Psihologii, izolat, nu pot clarifica problema deoarece mama poate fi normală în momentul expertizării dar să fi prezentat o tulburare psihică tranzitorie cauzată de naştere.

Sociologii, folosind pertinent datele de anchetă adiacente, nu pot aprecia „tulburarea datorită naşterii" deoarece este o noțiune strict medicală.

Din punct de vedere juridic, fapta presupune un subiect activ cu o crimă cu subiect calificat (copilul) cu un unic autor (mama biologică).

Medici legişti demonstrează starea de nou-născut viu al copilului în momentul naşterii, decesul copilului datorită violenţei sau neglijenţei mamei (omor prin comisiune sau omisiune), şi relaţiile de cauzalitate directă din decesul copilului şi violenţa sau neglijenţa mamei.

Din punct de vedere psihiatric constatăm o tulburare psihică care de obicei este inclusă în arta tulburărilor psihoorganice sau a psihozelor tranzitorii.

Aspecte legislative comparate

Se constată că o dată cu progresul ştiinţelor medicale, pedepsele pentru infanticid au devenit mai blânde.

În antichitate şi în Evul Mediu pedepsele pentru infanticid erau similare celor de omor. Începând cu Renaşterea, mama naturală este pedepsită mai blând. În epoca modernă, toate legislaţiile prevăd pedepse mai mici pentru infanticid.

În general, se observă mai multe grupe de criterii pentru aprecierea pedepselor în infanticid:

Criteriul situaţiei victimei (ca fiind copil ilegitim – în Austria, Germania, Finlanda). În Austria, doar crima produsă prin neglijenţă este considerată infanticid iar pedeapsa este mult mai atenuată faţă de omor mai ales la mamele cu copii ilegitimi faţă de cele cu copii legitimi.

Criteriul ce derivă din situaţia mamei, în special în ţările latine ca Italia, Spania, Portugalia.

Criteriul subiectului pedepsit mai blând pentru infanticid fără alte precizări privind motivaţia acestei aprecieri (varianta de specie) în ţări ca Franţa, Olanda, Bulgaria. Distincţia între infanticid şi omor este un beneficiu personal al subiectului activ care primeşte automat circumstanţe atenuate.

Criteriul tulburării rezultate din naştere şi cauzate de naştere fără specificarea tipului de tulburare, prevăzut în ţări ca Cehia, Grecia, Suedia, Danemarca. Reţinem că în Islanda şi Danemarca prevederea este exhaustiv prezentată: „se prevede o pedeapsă atenuată dacă o mamă îşi omoară copilul sau în cursul naşterii sau imediat după aceea şi dacă este de presupus ca ea a acţionat într-o stare de disperare, din

teamă de dezonoare, de pierdere a minții sau de tulburare rezultată din naştere". Se specifică faptul că „tentativa poate să nu fie pedepsită". În Grecia, într-o prevedere concisă, de asemenea sunt incluse şi tulburările emoționale cauzate de situația morală şi materială a mamei.

În țări ca Rusia şi Ungaria, cel puțin până în 1990 infanticidul este pedepsit ca orice fel de omor.

În România, în 1864, termenul de pruncucidere era definit ca o crimă împotriva unui nou-născut. Mama cu copilul ilegitim era pedepsită prin recluziune. În Transilvania, pruncuciderea era definită ca fiind crima deliberată asupra unui nou-născut în timpul naşterii sau imediat după naştere şi era pedepsită cu recluziunea (până la 5 ani). În codul penal din 1936 se specifică perioada de timp (imediat după naştere) ca fiind de la naştere până la expirarea termenului legal de declarare a naşterii. În viitorul C.P. se prevede termenul de 48 ore.

În concluzie, în cadrul unei mari varietăți de pedepsire a infanticidului, există un consens în pedepsirea mai blânda față de omor. Prevederile stipulate în Danemarca, Islanda, Grecia sunt mai complexe şi mai apropiate de realitate.

Aspecte psiho-sociale

Nici teama de ardere pe rug, nici izolarea socială, morală şi nici pedepsele religioase nu au eliminat crimele împotriva nou-născuților. Nici severitatea legilor nu au exclus-o şi nu o vor exclude. În aceste condiții trebuie să se opteze pentru măsuri preventive care să vizeze educația fetelor. Această educație trebuie să se bazeze pe modele de coping cu creşterea rezistenței la stres (în relațiile nelegitime) şi pentru prevenirea tulburărilor produse reactiv. Efectele preventive trebuie să realizeze o relație corectă între sănătatea mentala şi fiziologică, pentru a obține o bună adaptare la condițiile de mediu şi la normele legale. Educația trebuie să se refere la condiții socio-economice (habitat, muncă, migrație), la educația din cadrul familiei actuale (modele parentale, educaționale şi instrucționale) şi la condițiile familiei actuale (relații stabile, întâmplătoare, concubinaje, familii dizarmonice). În acord cu acest deziderat am putea aprecia că în viitorul apropiat scăderea frecvenței acestor tulburări de stres vor diminua implicit frecvența pruncuciderii ca o reacție medico-legală la factorii externi.

Aspecte medicale

Sarcina presupune modificări biochimice şi hormonale implicând sistemul catecolaminelor (alfa 2-adrenalina şi serotonina) care fac organismul vulnerabil, sub aspect biologic şi psihologic. Ultimele cercetări demonstrează că aceste modificări durează până în a 12-a luna după naştere, chiar şi în cazurile în care mama nu alăptează.

Din punct de vedere psihic pot apărea în timpul sarcinii sau după naştere (post-partum precoce, post-partum tardiv şi în perioada de alăptare) tulburări nevrotice şi psihotice (în legătură directă cauzală cu sarcina sau naşterea). Acestea pot fi tranzitorii la persoane fără tulburări psihice anterioare sau în forma unor episoade acute la cele cu tulburări psihice anterioare, debutul unor tulburări psihice endogene. În ultimele două situaţii, noi nu putem aprecia cu maximă certitudine dacă aceste persoane ar fi comis sau nu o crimă în afara statusului de sarcină sau naştere, dar este cert că acestea au vulnerabilizat organismul deja bolnav.

În concluzie, în faţa unei crime comise de mamă împotriva unui nou-născut, trebuie să ne gândim întâi la o motivaţie patologică.

În ţara noastră, încadrarea juridică de pruncucidere se face doar în baza expertizei medico-legale psihiatrice prin care se reconstituie sau nu o „tulburare pricinuită de naștere" (obiectivul expertizei); evident, la acest tip de expertiză nu se solicită stabilirea „discernământului".

AGRESIVITATEA DOMESTICĂ

Familia are un rol social de grup recunoscut ca atare, acceptat precum şi spiritual – religios. Principalele funcţii ale familiei sunt:

• regularizarea comportamentului sexual – considerând că familia „sănătoasă" îşi reglează informal relaţiile conform regulilor formale general acceptate; astfel nu am analizat ca atare situaţiile de incest (definit prin normele legale şi religioase);

• reglementarea modelelor reproducerii – conform patternului cultural ancestral al ţării cu acceptarea unei singure forme de mariaj (la un moment dat) şi a modelului actual al reproducerii statuat şi la nivel statal (cel puţin declarativ) vizând încurajarea acesteia;

• organizarea producţiei şi a consumului (funcţie economică);

• socializarea copiilor – asigurarea condițiilor ca viitorii membri ai societății să-și însușească valorile promovate prin mijloace eficiente de control și cunoscând bine personalitatea copiilor;

• solidaritate psihoafectivă – indiferent de dinsesiunile inerente familia cu unitate, sau prin unii dintre membrii ei, absoarbe pozitivi bucuriile și necazurile noastre, oferind protecție materială și spirituală;

• acordarea directă, nemijlocită a statutului social. Familia – chiar și în prezent, când, teoretic, este în competiție benefică cu școala, este factorul cel mai important în orientarea descendenților spre un nivel social superior (prin faptul că individul aparține unei familii, moștenește bunuri materiale și o poziție socială recunoscută).

În delimitarea itemilor tuturor variabilelor vizând familia am folosit următoarele date teoretice.

Clasificarea ideală a tipurilor de familie:

Familia nucleară este unitatea minimală panumană a organizării sociale → unitatea compusă dintr-o pereche maritală (soț, soție) și copii descendenți și dependenți de părinți, care locuiesc și gospodăresc împreuna; tipică pentru societatea industrială. Familia extinsă, lărgită, compusă, cuprinde în plus și alte rude și generații, astfel încât alături de cuplul conjugal și copiii lui mai pot figura părinții soțului/soției, frații și surorile soțului/soției, precum și unchi sau mătuși de-ai cuplului (modelul clasic este de trei generații); tipică pentru societățile nonindustriale.

În epoca contemporană nu se schimbă tipul familiei (clasificat după acest model), nu se trece de la un tip la altul ci se modifică ponderea și funcțiile fiecărui tip; dar și acest aspect poate determina disfuncționalități sociale pentru familie.

Distincția dintre familia consangvină și cea conjugală.

Familia consangvină este familia de orientare, formată din familia din care provin indivizii cu legătură de sânge (tată, mamă, frați, surori, bunici). Este principala sursă de socializare primară. Predispozițiile pot fi analizate cu un grad ridicat de certitudine precum și elementele cutumale care au participat la formarea caracterului și personalității oferind modelele de bază privind valorile, normele, atitudinile, comportamentele.

Familia conjugală este familia de procreare, constituită prin căsătorie (soți, copii, cumnați, socri). Adulții aparțin de regulă ambelor

tipuri de familii beneficiind astfel, teoretic, de două grupuri suportive (emoțional, material). Frecvent, cerințele de rol ale celor două grupuri suportive sunt contradictorii și generează conflicte, evenimente stresante care ajung la manifestări violente și comportamente agresive.

Grupul domestic

Grupul domestic este „un ansamblu de persoane" ce coabitează într-o rezidență comună, împărțind „același spațiu de viață", fiind format în jurul unui nucleu alcătuit din persoane legate prin sînge sau alianțe maritale (definiție adaptată după Segalen), rezidența comună implicând coabitare. Noțiunea de coabitare și rezidență comună este esențială. Spațiul comun poate fi un context de muncă sau producție (model mai curând țărănesc), spațiu de odihnă și consum, de interacțiune psihoafectivă (model mai curând urban – modern).

Familiile cu implicații medico-legale apar ca dificil de delimitat chiar pe loturi mari. Observațiile din activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică ne pune în fața unor situații pe care le-am putea grupa într-o categorie generică «viață personală dezordonată». *După un divorț, soția victimizată (în timpul unei scurte căsnicii și după divorț) este omorâtă în casa părinților săi (la scurt timp după divorț) de către fostul soț. Dincolo de tulburările de personalitate ale ucigașului, am considerat că acest omor intră tot în categoria omorului domestic deoarece practic agresivitatea s-a manifestat imediat după căsătorie, în cadrul unui grup domestic cu cutume proprii dar neacceptate de generațiile actuale.*

Consumul de alcool în agresivitatea domestică

Din punct de vedere teoretic se pare că, în agresivitatea domestică, nu există diferență între bolnavii alcoolici cunoscuți și cei care au comis fapta sub influența consumului. Observația trebuie aprofundată deoarece o validare (prin multiple metode) a acesteia ar avea o deosebită importanță paractică la nivel decizional (măsuri comune medicale și socio-psihologice) de prevenție precum și măsuri specifice de psihoprofilaxie primară (există și posibilitatea subdiagnosticării). Cumularea celor două ipostaze conduce la un risc crescut de manifestare a agresivității. Observațiile aduc în discuție problema substratului afectiv atât al consumului de alcool cât și al agresivității.

Teoretic ar rezulta o vulnerabilitate endogenă, la nivel bazal, la subiecții analizați, care, corelată cu deficitul de coping, ridică problema abordării educaționale (atât în context familial cît și în cadrul instituțional) și a „modelelor" pentru copii și adolescenți.

Tipul familiei se pare că este mai puțin implicat spre deosebire de calitatea relațiilor din cadrul grupului domestic.

Condițiile materiale ar apare mai mult implicate la agresori (şi nu la cuplul agresor – victimă sau la victime), ca expresie poate şi a unor cutume ancestrale, transmise sau nu prin educație dar şi a profilului psihologic pendinte de diferențele de sex, aspecte cu privire la care s-ar putea realiza programe multidisciplinare, cu implicare interdepartamentală.

Creşterea consumului de substanțe psihoactive şi creşterea agresivității, în general şi în mod deosebit la vârste tinere şi la femei, reprezintă o problemă cu conotații privind sănătatea mintală a generațiilor viitoare, mai ales în condițiile caracteristicilor demografice actuale ale țării.

Expertiza medico-legală psihiatrică stabileşte discernământul, dar trebuie analizate toate circumstanțele pentru a se putea reconstitui eventualele reacții de culise.

OMORUL LA MINORI

Se constată o deplasare spre vârstele tinere a infracțiunilor de violență împotriva persoanei (fenomen recunoscut în toată literatura de specialitate ca fiind în crestere pe plan mondial). Studii efectuate la INML (G. Costea şi colab.) subliniază acest fapt încă din anul 2006. Particularitățile din țara noastră se referă la: agresivitate cu omucidere nerelaționată cu sentimente de răzbunare sau cu instigare din partea adulților; absența sesizării anterioare a unor tulburări grave de comportament; absența accesării rețelei de psihiatrie pediatrică. Este relaționată cu deficit instructiv-educativ şi socio-economic al familiei de origine. Spre deosebire de ansamblul infracțiunilor la minori, cele împotriva persoanei manifestate cu violență nu sunt relaționate cu numărul de copii, manipularea din partea adulților, activitate de „gang". În schimb, se observă creşterea fenomenului de *„minimal brain damage"*, creşterea în frecvență şi severitate (la minori) a comportamentului adictiv, cu o nouă

dependență posibila prin accesarea rețelelor de socializare (jocuri violente pe PC de tip transfrontalier). Aceste omoruri de tip „banal", comise cu mare uşurinţă de către minori denotă mare periculozitate socială şi pe termen mediu şi lung au efect de domino.

În contextul infracționalității la minori, se vorbeşte de „anomie microsocială" şi se propun ca măsuri profilactice, printre altele: combaterea educativă a alcoolismului, planning familial eficient, sensibilizarea opiniei publice în legătură cu amploarea fenomenului, măsuri ce vizează familia de origine şi măsuri legate de rolul mass-media.

ALTE ASPECTE PARTICULARE ALE CRIMEI DE OMOR

1. Înlesnirea sinuciderii

Juristului îi revine sarcina de a proba infracțiunea şi de a stabili eventualitatea crimei. Psihiatrul trebuie să diferențieze înlesnirea sinuciderii de pactul suicidar şi poate ajuta juristul în calificarea faptei (omor sau nu), aspect deosebit de important din punct de vedere psihopatologic. O situație deosebită este reprezentată de suicidul asistat, care la fel a constituit subiect de studiu metaanalitic.

2. Omorul din culpă şi lovitura cauzatoare de moarte implică mai puțin potențialul agresiv latent al făptuitorului, coordonatele psihiatrice vizând frecvent alte categorii taxonomice decât cele frecvent întâlnite la omor. Psihiatrul specializat în psihiatria medico-legală poate oferi observații medicale care să ajute justiția la o mai bună încadrare juridică a faptei.

3. Omorurile comise în cadrul actelor de terorism, de bande specializate, sunt analizate de jurişti conform legilor şi normelor internaționale. Psihiatria medico-legală se referă la statusul psihic, diferențiind tendințele endogene cu condiționare dominant endogenă de condiționarea dominant exogenă (personalități antisociale, „ucigaşii specializați", fanatici, ucigaşii în serie) precum şi vulnerabilitatea biologică şi psihologică care a făcut posibilă racolarea. Vulnerabilitatea sociologică, în absența celei biologice şi psihologice reprezintă o problemă a criminologiei neclinice după excluderea celorlalte două.

4. Omorurile comise în concurență de fapte sunt apreciate de jurişti conform normelor privind pericolul social. Psihiatria medico-

legală analizează agresivitatea destructivă majoră manifestată prin agresiuni comise cu violență criminală prin asocierea omor-tâlhărie – infracțiuni sexuale. Justiția se oprește mai mult asupra pedepselor, medicina mai mult asupra cauzelor pentru a se putea aprecia posibilitățile de limitare a fenomenului. Aceleași aserțiuni sunt valabile pentru omorurile comise în vederea ascunderii altor fapte.

5. Tentativele de omor se pedepsesc, normele juridice apreciind intenția. Psihiatria medico-legală analizează agresivitatea în vederea obținerii acelor date care să permită evitarea într-o situație ulterioară, a unei manifestări de agresiune cu violență cu efect vital, de către persoana care a comis deja o tentativă.

6. Instigarea la omor, de asemenea ridică probleme privind pericolul social și potențialul sau periculozitatea socială. Măsurile punitive luate de justiție sunt mai blânde decât în cadrul omorului. Pentru psihiatru, instigarea la omor presupune o mare periculozitate socială atât prin potențialul agresiv al persoanei cât mai ales prin capacitatea psihică a acestuia de a manipula alte persoane cărora le exacerbează și direcționează potențialul agresiv spre agresiune manifestată cu violența criminală.

7. Pentru omorurile comise în perioade de război (crime de război) sau în perioade de **conjuncturi sociale** caracterizate sau nu prin lupte armate, justiția militară este responsabilă de încadrarea faptei. Psihiatrul apreciază agresivitatea latentă (neutralizată prin însăși situația generală care permite descărcarea agresivității latente), capacitatea de decizie sau posibilitatea de a manipula sau de a fi manipulat. Aprecierile se efectuează prin corelarea cu teoriile privind psihosociologia și psihiatria de război. Opinia noastră este că aprecierea crimelor împotriva umanității comise în perioade de război presupune existența capacității psihice de a înțelege, de a decide și de a acționa în situație de conjunctura conform normelor active și nu a celor ancestrale.

SERIAL KILLER

Definiția ucigașului în serie este, clasic de tip desciptiv, clinico-statistic. Sintetic, caracterizăm ucigașul în serie prin cel puțin 3-4 omoruri (înainte de a fi prins), de regulă fiind bărbat aflat în grupa de vârstă de 20-30 ani, cu un coeficient de inteligență mediu, provenind

din clasa de mijloc, care nu-şi cunoaşte victimele. Crimele sunt de tip „nonprofit" iar între crime se scurg perioade de timp variabile.

Tabloul psihologic al criminalului este dominat de fascinaţia pentru putere şi de marea satisfacţie interioară pe care o dă uciderea.

Sub aspect criminologic se apreciază că victimele sunt persoane vulnerabile atât din punct de vedere social şi psihologic cât şi din punct de vedere biologic. Victimele nu fac parte din cercul de cunoştinţe al ucigaşului iar crimele, de regulă sunt comise cu sadism.

Crimele sunt repetitive, frecvenţa diferă, adeseori în număr mai mare într-o perioadă dată, urmate de perioade „de pauză" care poate dura şi ani. De regulă, ucigaşul comite crime toată viaţa (până este prins sau până moare sau până este omorât. Rar există cupluri ucigaşe sau familii ucigaşe. Apartenenţa la „criminalii în serie" este contoversată. Cei care sunt adepţii acestei includeri subliniază că aceste cupluri/grupuri sunt mai greu de prins(?), funcţionând mecanismul Gestalt

Joel Norris şi Arrow Books caracterizează criminalul în serie prin tipare de comportament agresiv episodic: „comportament ritual, sănătate ce maschează instabilitatea mentală, impulsivitate, căutare periodică de ajutor, tulburări severe de memorie şi incapacitate de a spune adevărul, tendinţe sinucigaşe, tendinţe permanente de a comite agresiuni, hipersexualitate şi comportament sexual anormal, leziuni craniene, răni suferite la naştere, tendinţe de folosire repetată a drogurilor şi abuzul de alcool, părinţi drogaţi sau alcoolici, victime ale abuzurilor fizice sau psihice în copilărie, rezultat al unei sarcini nedorite, născut în urma unei sarcini dificile, nefericire în copilărie, având ca efect incapacitatea de a găsi fericirea, cruzime extraordinară faţă de animale, atracţie faţă de incendii, fără vreun interes de natură infracţională, simptome de dezechilibru neurologic, dovezi de tulburări genetice, simptome biochimice, sentimente de lipsă de putere şi inadaptare.

O sintetizare a datelor de literatură după modelul ontologic ne permit să afirmăm:

Sub aspect socio-spiritual, ucigaşul în serie provine dintr-un mediu familial nefavorabil cu modificări dramatice de tip existenţial, mediul macrosocial fiind marcat de apartenenţa la o clasă de mijloc cu habitat în zone puternic industrializate. Drama existenţială este resimţită subiectiv, tematica „crizelor" fiind frecvent întâlnită în

mediul macrosocial apartenent. Valențele spirituale sunt de tip distructiv, ucigaşul neavând o „filozofie" a crimei ci doar resimte satisfacția de a ucide. Comportamentul criminal poate fi influențat (într-o măsură mai mică decât la criminalii „obişnuiți") transcultural.

Joel Norris, după 1990, descrie şase faze ale demersului psihologic în realizarea crimei:

• faza de fantasmă în care apare, imaginativ, dorința şi impulsul de a ucide;

• faza de căutare a victimei conform fantasmelor,

• faza de găsire şi urmărire a victimei ce corespunde fantasmelor,

• faza de capturare a victimei,

• faza de ucidere rituală, de regulă cu o cruzime care poate depăşi fanteziile inițiale, momentul final al uciderii corespunzând obținerii satisfacției maxime;

• faza de depresie postfaptică.

În funcție de gradul de satisfacție obținut şi de caracteristicele depresiei, perioada dintre crime este mai mare sau mai mică. De regulă există un pattern al fantasmelor atât în ceea ce priveşte alegerea victimelor cât şi privind ritualul de ucidere.

Din punct de vedere biologic studiile evidențiază implicarea atât a structurilor anatomice şi endocrine cât şi mecanisme biochimice tangente agresivității.

Imagistic, electroencefalografic şi anatomopatologic s-au constatat ca şi în alte tipuri de agresivitate modificări la nivelul structurilor sistemului limbic (hipotalamus şi complexul amigdalian), al cortexului frontal şi temporal. Clinic, aceste modificări sunt responsabile de disfuncții de tip emoțional şi ale impulsurilor (aspecte de comportament impulsiv exploziv) cu scăderea capacității de self-control prin scăderea posibilității cortexulul de a controla şi coordona structurile subcorticale.

Sistemul limbic este implicat în reglajul hormonal, un nivel crescut de testosteron fiind asociat agresivității. Ca şi la alte categorii de persoane cu manifestări violente scăderea matabolismului glucidic şi reducerea fluxului glucozei sanguine la nivelul cortexului frontal anterior şi temporal stâng. De remarcat că aceleaşi modificări s-au evidențiat şi la cei care comit crime împotriva vieții sexuale. Creşterea nivelului serotoninei se asociază (ca la toți criminalii violenți) cu

creşterea activităţii testosteronului şi cu niveluri crescute, la nivelul structurilor cerebrale ale metalelor (cadmiu, plumb, cupru etc);

Se apreciază implicaţia genetică ca o predispoziţie fiind implicată în patternul maladaptativ în relaţie cu condiţiile de mediu (neglijare, abuzare fizică, inclusiv sexuală şi psihică). Se apreciază că la toţi criminalii violenţi nu există o relaţie univocă între o singură genă şi stimulii sociali maladaptativi.

Sub aspect psihiatric delimităm tulburări de personalitate cu posibil substrat microlezional şi tulburări psihoorganice incluzând şi patologie datorată consumului de substanţe psihoactive, în asociere cu condiţii medicale din sfera patologiei endocrine, metabolice, imunitare şi din cea a anomaliilor congenitale.

TERORISMUL

Generalităţi

Istoria omenirii este un exemplu de luptă pentru dominaţie, luptă caracteristică întregii lumi vii, deoarece studiile arată că şi în lumea vegetală există un sâmbure de luptă pentru dominaţie şi supravieţuire. Latura spirituală a dezvoltării ontoloice umane nu este prin definiţie benefică adaptativ. Având în subsidiar lupta pentru dominaţie de tip primitiv (asigurarea teritoriului şi a hranei), îmbrăcată în poleiala unei „aparente lupte spirituale" războaiele interetnice şi interreligioase sunt prin excelenţă un mediu propice de exprimare a „agresivităţii nenaturale" în care cruzimea se învaţă prin mecanisme repetitive, devenind o regulă urmată cu fanatism, conform postulatului lui B.F.Skinner, că „în materie de ucis omul este adaptabil şi influenţabil". De aici terorismul religios şi etnic în care de regulă agresivitatea este analizată cauzal la executanţi şi nu la liderii cu fantasme ucigaşe.

Deşi rolul „învăţării", al modelului, este cel mai important mecanism (şi implicit al motivaţiilor exterioare) faptul că executantul terorist poate învăţa să accepte uşor şi consecinţele comportamentului său (ceea ce îl diferenţiază net de soldatul militar) reprezintă un alt argument în favoarea conlucrării, în condiţii endogene şi exogene date, a fondului predispoziţional cu cel enviromental, „vioara I" fiind exogenitatea pentru executanţi şi endogenitatea pentru liderii manipulatori.

Sindromul Stockholm

Sindromul Stockholm descrie un fenomen psihologic paradoxal ce apare la victimele răpite și care constă în adulație și sentimente pozitive față de răpitor. Ostaticii consideră răpirea un gest de bunătate și nu de abuz, astfel că încep să relaționeze și să simpatizeze cu agresorul.

Datele statistice arată că doar 27% dintre victimele răpirilor prezintă semne de sindrom Stockholm. Denumirea sindromului provine de la jaful din cartierul Norrmalmstorg (Stockholm) la Sveriges Kreditbanken (o fostă bancă din Suedia), în care cei 2 agresori au reținut ostatici 4 angajați ai băncii între 23 și 28 august 1973. Prizonierii s-au atașat emoțional de cei care îi ținuseră captivi și chiar i-au apărat după ce au fost eliberați, deși au trăit 6 zile sub amenințarea armelor. Ulterior, casiera de la bancă s-a căsătorit cu unul dintre jefuitori, în timp ce acesta se afla la închisoare.

Termenul de sindrom Stockholm a fost răspândit în media de psihiatrul și criminalistul Nils Bejerot, care a ajutat poliția în cazul jafului de la Kreditbanken. Anterior, sindromul fusese definit de psihiatrul Frank Ochberg.

Explicația sindromului pornește de la răpirea femeilor de către sultani pentru a le deveni soții: cele care nu acceptau situația erau persecutate sau chiar omorâte, iar cele care acceptau noul statut și se supuneau răpitorilor ajungeau să aibă o viață bună.

Sindromul Stockholm presupune o atașare emoțională a ostaticului față de răpitor, apărută ca un mecanism defensiv împotriva riscului la care este supus pe durata captivității. Ostaticul începe să se identifice cu agresorul, preia perspectivele, atributele și comportamentul lui și ajunge să i se supună și să îi ia apărarea. Persoana captivă abandonează chiar și tentativa de evadare, deoarece recapturarea sa ar putea implica rănirea răpitorului. Victima amplifică orice semn de bunătate venit din partea agresorului și devine foarte atentă la nevoile acestuia, neglijându-le pe cele personale. Relația afectivă este susținută și de anxietatea de separare și de dificultatea de a-l părăsi pe răpitor atunci când victima este eliberată.

Specialiștii consideră că sindromul Stockholm este un mecanism defensiv, de supravuiețuire, adoptat de ostatic sub o presiune emoțională imensă, de teama violenței și a posibilei agresiuni la care ar putea fi supus din partea răpitorului.

Privarea de libertate și riscul de abuz generează o tensiune internă foarte mare în psihicul victimei, astfel că empatizarea cu agresorul nu este altceva decât o încercare de apărare împotriva violenței.

Apariția sindromului Stockholm este favorizată de intensitatea tensiunii emoționale asociate răpirii, durata captivității, contactul continuu între ostatic și agresor și lipsa abuzului fizic.

Manifestări ale sindromului Stockholm

• Victima consideră că răpitorul îi oferă o altă viață și îi încredințează lui modul cum trebuie să se desfășoare viitorul.

• Agresorul limitează cu strictețe contactul victimei cu mediul exterior, pentru a menține dependența totală de el. Victima găsește în comportamentul răpitorului gesturi de bunătate și îi oferă în schimb simpatia și aprecierea sa.

• Ostaticul gândește că este mai sigur să joace jocul agresorului, decât să se opună și să fie abuzat sau omorât.

• Persoana captivă regresează la un stadiu de dezvoltare infantilă, în care este total dependent de cineva pentru supraviețuire (ex. trebuie să plângă sau să ceară mâncare).

• Agresorul este privit ca o persoană protectoare.

• Motivația victimei de a trăi și de a evita abuzul este mai intensă decât impulsul de a urî pe cel care o privează de libertate.

La cine apare sindromul Stockholm?

Sindromul Stockholm apare la prizonierii răpirilor obişnuite, prizonierii teroriştilor, prizonierii de război, membrii sectelor religioase, în familiile în care se practică violența domestică, la copiii abuzați emoțional (inclusiv divorțuri).

Frecvent sunt raportate situații în care copiii răpiți pentru perioade lungi de timp sunt recunoscători agresorului pentru că le-a oferit o copilărie și adolescență ferită de pericole, sau femei abuzate care le găsesc scuze partenerului ("mă bate pentru că mă iubește", „meritam să mă bată, chiar am greșit") și refuză să-l părăsească.

Exemplificări ale Sindromului Stockholm

Sunt întâlnite frecvent la copii, care adoptă acest mecanism de apărare pentru a-și depăși propriile temeri sau frustrări.

Un copil abuzat fizic de părinți se va comporta agresiv cu păpușile sale, pedepsindu-le și bătându-le pentru că nu au fost cuminți

(acest comportament este și o manifestare de agresivitate indusă de mediul familial, dar și o identificare cu autoritatea părinților). În perioada adultă, acești copii vor dezvolta sentimente de vinovăție pentru comportamentul lor din copilărie și vor fi recunoscători părinților abuzivi pentru ceea ce au ajuns. Se culpabilizează pentru problemele cauzate părinților, simt că au fost o povară și că meritau să fie bătuți, iar situația lor actuală de adult responsabil este numai meritul părinților care au știut să-l disciplineze prin forță fizică. Riscul este de perpetuare a comportamentului abuziv între generații, considerând corectă și eficientă supunerea copilului la suferință fizică. Pentru a-și învinge anxietatea legată de doctor, dentist, educator, învățător sau profesor, copilul se refugiază în mediul său și ia rolul dominant, devenind agresiv și violent cu jucăriile sau frații mai mici și reproducând comportamentul persoanei care îi provoacă teamă, nu încearcă decât să-și schimbe statutul, din victimă în agresor.

Cunoașterea Sindromului Stckholm este foarte importantă pentru cazurile psihotraumatologice cu apel la victimologie, prejudiciul moral și la consecințele răpirilor/sechestrărilor.

Sindromul Lima

Sindromul Lima este opusul Sindromului Stockholm.

Răpitorul începe să dezvolte simpatie față de victimele sale. Originea denumirii este reprezentată de o răpire la ambasada Japoniei din Lima (Peru), din 1996, când membrii unei mișcări militare au luat ostatici sute de persoane aflate la o petrecere în reședința ambasadorului japonez. După câteva ore, agresorii au eliberat majoritatea ostaticilor, inclusiv pe cei mai importanți, din simpatie.

Teroristul vs. militarul profesionist

1. Militarul profesionist (caracteristici):

• Funcționează mecanismul învățării;

– Luptă pentru viața sa fără a se gândi la consecințe;

– Personalitățile realiste depășesc rezervele de a omorî alt om;

– „Viața contează”

– Se evită pe cât posibil reacția de răzbunare imediată și chiar mediată sau întârziată;

– Acceptă mai ușor gândul de a ucide dar mult mai greu sau de loc consecințele omorului;

• Expunerea la violențe reprezintă condiția de declanșare a mecanismelor de mânie și răzbunare care determină modificări structurale pe relația nuclei bazali – lob temporal și modificări biochimice pe fond predispozițional, ceea ce duce la comportamente agresive cu cruzime sancționabilă;

• Sistemul motivațional este de tip mixt și poate fi modulat pozitiv

• Comandanții sunt de regulă personalități în limitele largi ale normalului.

2. Teroristul (caracteristici):

• Funcționează mecanismul învățării

• Luptă ca executant;

• Acceptă lipsit de empatie, cu ușurință, faptul de a omorî și cu tot atâta ușurință consecințele;

• „Viața" nu contează;

• Învățarea de tip repetitiv, permanentă, nenuanțată pe fond predispozițional determină modificări structurale pe relația nuclei bazali – lob temporal și modificări biochimice care duc la comportamente agresive cu cruzime și răceală afectivă;

• Sistemul motivațional – extrinsec, imuabil;

• Liderii au fantasme ucigașe pe care le transformă în motivații.

Terorismul și omorul în masă

Există diferite criterii de clasificare a terorismulului și a omorurilor în masă. Fiecare cercetător înaintează, în funcție de specializarea sa și de pe poziția de pe care comunică, o altă clasificare.

Comun este faptul că orice clasificare relaționează aspectele prezentate anterior.

Este mai puțin important să aderăm la o clasificare sau alta ci să subliniem sistemul cauzal, mai precis sistemul motivațional și locul modificărilor patologice.

De aceea, trebuie accentuat asupra diferențierii modalităților de intrare în scenă a cruzimii, a omorului violent precum și a mobilității în acordarea mecanismelor socio-culturale cu cele predispozante, subliniind că la terorism (indiferent de haina „spirituală", mecanismul „de învățare socială" predomină detașat).

În aceeași direcție de apreciere se înscrie și sinuciderea de tip „kamikaze", aspect cultural specific japonez preluat cu brutalitate și

lipsă de respect pentru „cultura – mamă" de către teroriştii contemporani.

AGRESIVITATEA REALIZATĂ ŞI STRUCTURILE MILITARE

Generalităţi

O istorie a omenirii este şi o istorie a războaielor. Dacă în zorii istoriei motivaţiile „războaielor" erau exprimate după modelul agresivităţii animale, odată cu dezvoltarea „inteligenţei", a creşterii importanţei controlului cortexului asupra structurilor subcorticale, modelul agresivităţii animale rămâne doar în subsidiar, refuzat de a fi recunoscut de către lider.

„Lupta" intraspecifică răspunde instictului primar de asigurare a perpetuării speciei, ceea ce impune prezervarea posibilităţii de reproducere prin supravieţuire, asigurarea hranei şi, implicit a teritoriului, şi îngrijirea progeniturii de a se maturiza cu potenţial maxim de adaptare. Animalul omoară în virtutea acestor instincte primare, „frica" care determină imposibilitatea de a nu mai reacţiona conform regulilor intraspecifice ci haotic, cu depăşirea patternului de violenţă, reprezentând un alt model adaptativ. Liderul grupului, indiferent de sex, trebuie să fie „cel mai tare" pentru a asigura adaptarea şi rostul animalului de a exista.

Un exemplu perfect de organizare adaptativă, fără violenţă gratuită, la animale neprădătoare este dat de suricate (www.discovery.com). La animalele prădătoare doar aparent apare şi violenţa gratuită cu agresivitate inutilă, explicaţia aparenţei fiind dată de capacitate de reproducere mai mică. O observaţie banală arată că dacă scade capacitatea de reproducere (în lumea animală, nepermiţându-ne să extrapolăm, deşi poate nu am greşi prea mult) comportamentul agresiv este mai intens, exceptând elefanţii (a căror masivitate le permite să fie, aparent, mai permisivi). În aceste condiţii chiar la nivelul intraspecific nonuman, agresivitatea inutilă este sancţionată de grup. Şi aici se remarcă diferite grade de pedepsire, în funcţie de agresivitatea inutilă care are la bază pierderea mamei, absenţa „adopţiei adecvate", neglijarea sau expunerea la agresivitatea altor grupuri (inclusiv cele umane) sau cea apărută „din senin", ca o mutaţie (sancţionată mai sever). Dan Prelipceanu afirma că: „Omul este violent fără motiv". La nivelul protoistoriei, motivaţia intrinsecă a

războaielor a fost de acelaşi model, jocurile şi „întrecerile" având nu numai rol de „învăţare" adaptativă şi dezvoltare a afectivităţii ci şi de canalizare a componentei agresive naturale în condiţiile ameliorării condiţiilor de trai. O dată cu dezvoltarea „inteligenţei" şi a îmbunătăţirii „condiţiilor de trai", instinctele primare obligatoriu de a fi satisfăcute s-au pervertit. Complexitatea vieţii sociale nu mai poate fi controlată eficient prin reguli simple, lupta pentru putere a liderilor depăşeşte rolul iniţial de asigurare a prezervării speciei, calitatea liderului nu mai poate fi controlată şi apar motivaţii complexe care, în subsidiar, reflectă, majoritar, dorinţa de putere a liderilor care s-au impus. Modelul expus este simplist dar a fost expus în acest mod pentru a demonstra necesitatea apariţiei „structurilor regulate" armate, cu rol iniţial de apărare dar, care, reflectă, mai mult sau mai puţin, în funcţie de caracteristicele uneia sau alteia dintre epoci, instictul de dominaţie. De aici şi până la apariţia manifestărilor agresive, a violenţei gratuite, a fost doar un pas. „Calitatea", rezultată din triada ontologică „temperament – caracter – personalitate", a liderilor modelează nu numai motivaţiile (de iniţiere şi de răspuns) ci şi comportamentul încărcat sau nu cu agresivitate inutilă a combatanţilor (intervenind şi mecanisme de „copiere").

În prezent, în ţara noastră nu mai există armată de masă, armată regulată, ci armată profesionistă.

În ţările în care există stagiu militar de masă, comportamentul tinerilor ne oferă indicii asupra unor eventuale tulburări de personalitate ce pot implica agresivitate şi asupra debutului unor afecţiuni endogene grave la care agresivitatea reprezintă o complicaţie, situaţii ce se înscriu în categoria discuţiilor privind cauzalitatea medico-legală şi reprezintă un *risc social asumat* al tuturor mediilor concentraţionare care prin definiţie sunt frustrante. Modelul agresiv, în această situaţie, nu implică răspunsuri concordante cu instinctele primare, neexistând situaţia „de pericol" în ceea ce priveşte rolul intraspecific, complexul cauzal fiind de tip clasic, stagiul militar reprezentând o circumstanţă.

Comportamentul militarului în perioade de lupte armate

Comportamentul în timpul „luptelor", sub aspectul exprimării agresivităţii, vizează următoarele aspecte:

1. Comportamentul „soldatului" obişnuit în condiţii de „război clasic:

Armatele se află faţă în faţă, funcţionând deopotrivă mecanismele instinctuale primare de prezervare a vieţii cât şi modelul învăţării. Aspectele spirituale sunt modelate simplu, pe principiul „omori sau mori", comportamentul, teoretic, diferind în situaţiile de atac faţă de cele de apărare.

Studii efectuate după primul război mondial au evidenţiat că marea majoritate a soldaţilor „n-au tras". Astfel în primele lupte, franco–germane, ale infanteriei ar fi trebuit, conform aşezării strategice, ca la o salvă să fie aproximativ 500 de morţi dar media pe salvă a fost de 3. Din cei 37% care „au tras", 25% au tras în afara ariei de tragere, 10% conform modelului învăţat la o instrucţie privită superficial şi 2% au tras ca să omoare. S-a apreciat că dintre aceştia 2% - jumătate au fost declaraţi eroi.

Datele expuse au constituit motive a numeroase studii de psihologie şi psihiatrie militară. Cel mai mult a fost luată în discuţie lipsa capacităţii de a înţelege emoţiile inclusiv frica. S-a discutat mai puţin despre motivaţia intrinsecă care implică şi solidaritatea. Dacă anglosaxonii au trecut la speculaţii teoretice privind problematica, nemţii au găsit soluţii mai apropiate scopurilor. Ulterior, în timp ce americanii şi englezii au apelat, rar şi mai mult în acţiuni aşa-numite „sinucigaşe", la indezirabili (catalogaţi deja ca psihopaţi dornici de a ucide sau inadaptabili) nemţii i-au inclus la un moment dat în armata regulată. În ceea ce priveşte armata japoneză au funcţionat mai mult mecanisme de sorginte transculturală. Apelând la astfel de recrutări, liderii politici şi militari s-au asigurat pentru reuşita unor operaţiuni militare importante şi dificile, pentru scăderea numărului de „şocuri psihice" (cu implicaţii majore politice şi financiare) şi pentru un număr mare de prizonieri (prin tratate internaţionale). Se remarcă importanţa şi forţa extraordinară a motivaţiei exterioare (prin învăţare şi prin manipulare politică) bine canalizată (un exemplu în acest sens fiind dat şi de organizare armată paralelă „de partizani") dar şi necesitatea de a se apela la resursele intrinseci. Dacă din cele expuse rezultă că heteroagresivitatea propriu-zisă, la care ne referim în prezenta lucrare, nu apare ca manifestă, la un procent mai mare (sau îngrijorător) în raport cu datele statistice din populaţia generală, nu acelaşi lucru putem spune despre autoagresivitate sau de sechele

psihopatologice care, prin vulnerabilizare, la un moment dat al existenței se pot complica cu comportamente de tip agresiv.

Sistemul motivațional al agresivității acestei categorii de maturi cu experiență de război în prima tinerețe este dat de un joc rafinat în care predomină un aspect sau altul în funcție de numeroși factori, la majoritatea, biologicul intrând secundar în joc, prin modificări la nivelul nucleilor aflați în relație de feed-back cu lobul temporal și cu complexul amigdalian, și implicit la nivel biochimic.

Nici o țară, în nici o epocă, nu a reușit să asigure acestor tineri veterani de război condiții de evoluție apte de a neutraliza sechelele comportamentale; poate nici nu este posibil.

2. Comportamentul „soldatului" obișnuit în condiții de „război modern":

Ca un demers logic al celor expuse anterior, liderii au căutat soluții de atenuare a consecințelor menționate apelând atât la știință cât și la modificarea tacticii. Au apărut tancurile care au oferit motivația „nu putem manevra mai delicat" și avioanele, în războiul aerian ținta nefiind asociată cu o față umană. În această situație se discută consecințele asupra psihicului ținând de „victime colaterale", echipajul de pe „Enola gay" nefiind singurul exemplu. Consecințele se înscriu în același model menționat. Tactic s-a apreciat necesitatea armatei profesioniste și a elaborării unui sistem de condiționare operativă cu implicare temporală și amigdaliană adică a structurilor care intră în discuția agresivității exprimată prin violență (B.F. Skinner). Astfel antrenamentele vizează reacția de apărare și reacția la stres fără a se ține cont de programarea genetică a reactivității normale la stimuli stresanți. Este de presupus că specialiștii în domeniu țin bine în frâu metoda. În mare, conceptele metodologice vizează modele de învățare simple: se luptă pentru viața sa fără a se gândi la consecințe, personalitățile realiste depășesc rezervele de a omorî alt om, se evită pe cât posibil reacția de răzbunare imediată și chiar mediată sau întârziată.

Structurile militare și sexul feminin

Toate studiile asociază activitatea testosteronică a bărbatului cu agresivitatea realizată. Sunt studii relativ puține privind agresivitatea realizată la femeile combatante. Nu ne oprim în acest studiu nici la mecanismele prin care femei renumite ca Ioana D'arc, Pelaghia Roșu,

Ecaterina Teodoroiu etc. au ales eroismul militar și nu modelul de eoină tip „Maica Tereza"– de exemplu. Totuși cruzimea unor femei din armată (exemple vestite de la închisorile militare, nu numai contemporane) sau ale unor teroriste (dacă ne gândim doar la „văduvele negre") nu trebuie prezumată prin tulburări hormonale, la majoritatea militarelor constatându-se o dezvoltare a afectivității specifice normală.

Având în vedere organizarea rețelei de medicină legală din țara noastră și, implicit, a psihiatriei medico-legale precum și noile circumstanțe sociale se impune cunoașterea particularităților anumitor tipuri de comportamente violente. Din mica noastră experiență, ar rezulta, că în aceste spețe, mai „exotice" pentru România, orientarea este spre discernământ păstrat.

PROBLEMATICA MEDICO-LEGALĂ A COPILULUI ŞI ADOLESCENTULUI

Constantin Oancea

PROBLEME DE ÎNCADRARE MEDICO-LEGALĂ A RETARDULUI MINTAL UŞOR

Definiție. Este o condiție psihică cronică, heterogenă, caracterizată prin nedezvoltarea sau subdezvoltarea intelectuală, cu debut timpuriu înainte de 18 ani.

Este o stare permanentă, ca o stare reziduală fără progresivitate care marchează întreaga existență individuală, creează un grad de handicap şi o stare de inferioritate socială care poate favoriza prin intermediul mecanismelor psihogene apariția a numeroase tulburări psihice supraadăugate afective, de comportament şi caracteriale, o adevărată comorbiditate psihică.

Se vorbeşte de o slabă imagine de sine legată de eşecuri în viață sau mesaje de respingere din partea persoanelor semnificative şi a societății. În fapt, personalitatea persoanelor cu deficit mintal se remodelează în jurul deficitului.

Deficitul funcțional în retardarea mintală corespunde conceptului de dizabilitate, denumire modernă pentru ceea ce în trecut era definit prin handicap.

Criterii de încadrare:

• funcționarea intelectuală generală limitată sub 2 deviații standard față de normal, ceea ce corespunde unui QI de sub 70. Evaluarea se obține cu utilizarea scalelor de inteligență standardizate, una sau mai multe, de preferat două. Există o eroare de aproximație de 5 puncte şi aceasta poate să varieze de la un instrument la altul;

• deficitul intelectual măsurabil se clasifică în funcție de intensitate în patru grade de funcționare: deficit uşor 69-50, deficit moderat între 49-35, sever între 34-20 şi profund sub 20 QI;

• criteriul psihometric Binet-Simon, obţinut prin utilizarea scalei cu acelaşi nume, dă rezultate subunitare, există o influenţă substanţială a factorilor culturali-educaţionali;

• criteriul QI introdus de Stern a reprezentat un pas înainte prin elaborarea scalelor complexe de către Wechsler (WISC, WAIS);

În formele accentuate retardul mintal sub forma întârzierii psihomotorii devine vizibil încă din primele luni de viaţă, formele mai uşoare pot fi apreciate după vârsta de 3-4 ani când se diferenţiază de variantele genetice, dezvoltarea lentă sau întârzieri legate de boli somatice invalidante.

Restricţiile semnificative în capacitatea adaptativă, nu ating standardele aşteptate, în cel puţin două arii din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viaţă de familie, aptitudini sociale/ interpersonale, utilizarea resurselor comunitare, autoconducere, aptitudini şcolare, de muncă, de distracţie, de îngrijire a sănătăţii şi de autoprotecţie faţă de riscurile fizice. Deficienţa este apreciată ca atare în condiţiile unei educaţii de calitate rezonabilă.

Deteriorările în funcţionarea adaptativă, mai curând decât un QI scăzut, sunt de regulă simptomele de care suferă. Funcţionarea adaptativă se refera la cât de eficient fac faţă indivizii exigenţelor vieţii comunitare şi la cât de succes reuşesc să îndeplinească standardele de independenţă personală aşteptate de la cineva de aceeaşi vârstă sau fond cultural.

Funcţionarea adaptativă poate fi influenţată de diverşi factori: educaţia, motivaţia, caracteristicile personalităţii, oportunităţile sociale şi profesionale, de tulburările mintale şi de comorbiditate, boli somatice.

Introducerea criteriului adaptativ, între alţii, şi de Zazzo a fost menit să corecteze eventualele greşeli induse de utilizarea unui singur criteriu, psihometric. În practică, s-a observat că unii copii care aveau dificultăţi academice semnificative, se adaptau mult mai bine. Mai mult decât atât, unii dintre cei cu un QI în jur de 60 la vârsta adultă, au putut să se adapteze mult mai bine, să traiască independent. În societăţile mai puţin evoluate, retardaţii mintal uşor se pierd în societate. Deci limitele debilităţii mintale variază funcţie de exigenţele sociale şi de pretenţiile de şcolarizare.

Rezultatele şcolarizării academice reprezintă criterii insuficiente pentru prognoza adaptării cu succes la vârsta adultă la care domină

criteriile sociale, adaptarea socială şi inserţia profesională. O parte din debilii mintali se pierd la vârsta adultă, se dizolvă în populaţia generală datorită reuşitei inserţiei profesionale şi a traiului independent.

Retardarea mintală se însoţeşte de alte afecţiuni medicale, de stări neurologice sechelare, tulburări senzoriale, comiţialitate, boli somatice şi bogată comorbiditate psihică episodică sau permanentă.

Tulburările psihice asociate ating o prevalenţă între 30-70%, includ ADHD, tulburări de conduită cu componente agresive sau autoagresive, ticurile şi boala ticurilor, tulburări anxioase, tulburări de dispoziţie de tip maniform, schizofrenia, tulburările obsesiv-compulsive. Semiologia şi expresia lor verbală sînt în mare parte modificate de prezenţa retardului mintal.

Vârsta: Retardarea se constituie la vârste mici, sub 18 ani. Ritmul dezvoltării psihice este mai lent şi e incomplet la atingerea maturităţii. Deşi dezvoltarea este încetinită, ea se continuă după vârsta de 18 ani, pâna la 23-24 de ani când se mai fac încă achiziţii. Excepţia se întâlneşte în sfera retardului mintal, demenţele infantile, stări de deteriorare cerebrală precoce prin procese exogene ca encefalite, intoxicaţii, traumatisme.

Etiologia: factori intrinseci, genetici şi extrinseci, totalitatea influenţelor venite din partea mediului, îndeosebi procesul educativ. Cam 80% din performanţele intelectuale ale adultului sunt înnăscute (de natură genetică).

Distribuţie gaussiană: există grupul subdotaţilor, cu minte puţină dar cu funcţionalitate cerebrală normală, care se plasează în zona retardului mintal uşor. Sunt rezultatul tulburărilor multifactoriale, poligenice, iar rezultatul CT este normal sau există malformaţii cerebrale minore. Deficitul intelectual este nespecific având un tablou asemănător indiferent de natura afectării cerebrale endogene sau exogene.

Devoltarea mintală poate fi afectată de intervenţia a numeroşi factori patologici exogeni, agresiuni cerebrale, condiţii nefavorabile de mediu, carenţe afective şi educaţionale.

Sunt leziuni cerebrale care afectează substratul biologic al inteligenţei, se însoţesc de multe ori de sindroame psihoorganice cerebrale, neurologice, comiţialitate, sindroame neurologice, parapareze, tetrapareze coreoatetozice, deficienţe senzoriale,

tulburări psihice afective, irascibilitate excesivă, labilitate afectivă, instabilitate psihomotorie, tulburări de atenție și memorie, tulburări de limbaj. Ele se certifică și prin modificări de CT și EEG cu trasee iritativ lezionale.

Retardarea mintală:

Prin carențe informaționale prelungite precoce este posibilă afectarea cerebrală. Cercetările lui Rutter asupra copiilor din orfelinatele românești arată nedezvoltarea unor nuclei talamici prin substimulare la vârsta potrivită, informația trebuie să survină în perioada propice de dezvoltare, iar suprastimularea poate reduce din handicap.

În general, carențele afective și informaționale duc la întârzieri psihice ușoare și pot fi corectate prin surplus informațional la vârsta preșcolară.

La copiii carențați, rezultatele testelor mintale pot să fie înșelătoare deoarece se obțin performanțe mai scăzute decât potențialul real. Se consideră că cei deprivați sever au șanse mai bune printr-o intervenție recuperatorie intensivă în raport cu cei care au avut o educație acceptabilă și care și-au epuizat resursele.

Mediul subcultural:

De foarte multe ori, copiii cu oarecare subdotare intelectuală provin din familii sărace, cu mulți copii, trăind în concubinaj, fără mijloace clare de subzistență. Sunt medii subculturale, în care și parintii pot fi subdotați, prin mecanisme transgeneraționale. Traiul în asemenea familii le limitează șansa utilizării maximale a resurselor personale. Factorul subcultural se concretizează în limbajul sărac al părinților, care poate să aibă 1000-2000 de cuvinte în vocabular, multe expresii se completează prin gesturi, interjecții care țin locul unor expresii mai complicate. Din vocabular lipsesc adjectivele, cuvintele mai complicate, denumiri de fructe, plante. Educația se concentrează asupra unor aspecte concrete, morala face parte din zona abstractă și este greu de imprimat, mai ales valorile. Acest bine/ rău, corect/ incorect sunt greu de asimilat.

Semiologie:

Este bine să începem cu deficitul mintal moderat, apoi debilitatea mintală, deficitul mintal ușor și intelectul de limită, aceasta este zona de diagnostic în ce privește severitatea și care marchează evaluarea.

Deficitul mintal moderat reprezintă cam 10% din totalul retardaților mintal. Gândirea se dezvoltă până la 5-7 ani, vârsta mintală, nu depășesc stadiul preoperator, QI 35-49, achiziționează limbajul vorbit, dar nu și pe cel scris, există o limită care marchează granița cu debilitatea mintală. Rămân la gândirea concretă, bazată pe rezolvări simple stereotipe, au probleme în cazul oricărei schimbări care îi neliniștește. Înțeleg relațiile spațiale. Limbajul rămâne primitiv, sărac, în propoziții simple. Este un grup considerat educabil sau antrenabil și beneficiază de programe educaționale. Prototipul este boala Down. *Un imbecil de 19 ani care făcea diverse treburi casnice la comandă prin vecini, cerea întotdeauna sinsi (cinci) lei indiferent de mărimea sau durata muncii.*

Pot fi deosebit de instabili, greu de menținut în familie, pot comite acte medico-legale, crime legate de antipatii ocazionale, observații din partea cuiva, posibil agresează copiii, fac agresiuni sexuale, furturi, toate purtând pecetea impulsivității și lipsei de judecată.

Majoritatea achiziționează deprinderi de comunicare din mica copilărie, beneficiază de antrenament în autoservire, aptitudini sociale, învață să se deplaseze independent în zone familiare, bine cunoscute. În adolescență, incapacitatea de recunoaștere a convențiilor sociale le creează dificultăți cu cei de o vârsta sau de sex opus, pe care ei îi înțeleg parțial și care le pot crea frustrări, nemulțumiri, agresivitate, trecerea la act fiind relativ ușoară. (A se vedea piesa *Oameni și șoareci).*

În perioada de adult, majoritatea sunt capabili de muncă necalificată sub supraveghere în cadrul unor ateliere protejate sau întreprinderi, se adaptează la viața comunitară sub supraveghere, pot sta în cămine școală, cămine atelier, activități utile, grădinărit, munci agricole, operații stereotipe în ateliere artizanale.

Deficitul mintal ușor constituie cam 85% din cei cu retard mintal, reprezentând categoria educabilă, școlarizabilă, care ating o vârstă mintală între 8-12 ani, un QI de 50-69 și își însușesc limbajul vorbit și pe cel scris. Pot urma un proces de școlarizare cu performanțe corespunzătoare primelor 4 clase de școală obișnuită, parcurse într-o perioadă dublă de timp, se pot școlariza în școli speciale sau obișnuite prin așa-numitul proces de normalizare, cu adaptări corespunzătoare, și se profesionalizează în școli profesionale

speciale. Pot să-şi câştige pâinea, să se autoconducă şi să fie independenţi social. Până la finele adolescenţei pot achiziţiona noţiuni corespunzătoare clasei a 6-a. În cursul perioadei adulte achiziţionează de regulă abilităţi sociale şi profesionale adecvate pentru un minimum de autoîntreţinere, dar pot necesita îndrumare şi control în condiţii de stres economic sau la schimbarea de mediu. Pot trăi cu succes în comunitate. Se căsătoresc şi pot avea copii cu acelaşi nivel de dezvoltare mintală, au dificultăţi în funcţionarea ca mame şi soţii, abandonează adesea copiii, nu înţeleg bine rolurile respective, sunt mai aproape de rolul de copil sau de adolescent.

Procesele cognitive pot fi afectate neomogen, prin fenomenul de heterocronie, cu zone de funcţionare la nivel normal. Atenţia spontană poate să fie vie, memoria adesea normală poate suplini deficitul de gândire. Gândirea rămâne incomplet dezvoltată în stadiul concret, cu performanţe neomogene, debilii rămân ancoraţi în experienţa obişnuită, le este greu să depăşească concretul pentru a ajunge la gândirea noţională, categorială, abstractă, să diferenţieze esenţialul de neesenţial, să opereze cu noţiuni, să elaboreze judecăţi şi raţionamente. Este tipică lentoarea în gândire, bradipsihia, lipsa de mobilitate interioară, inerţia.

Informaţiile sunt insuficient prelucrate, elaborate, sistematizate, rămân izolate, fragmentare, imprecise, analiza este fragmentară, dependentă de percepţiile anterioare, au o anumită rigiditate în gândire, nu îşi însuşesc fenomenul reversibilităţii, au incapacitatea de a generaliza cele învăţate sau a le introduce într-o formă nouă.

Sinteza este dificilă pentru că debilii mintal nu sesizează legăturile logice dintre diferitele elemente ale realităţii şi se orientează la întâmplare. Judecăţile lor sunt lipsite de valoare de generalizare. Înţelegerea unei situaţii prezumtive, aprecierea trecutului şi încercarea de predicţie a viitorului sunt dificile sau imposibile. De aceea, fiind legaţi de prezent, manifestă în atitudini alternanţa între rigiditate şi susceptibilitate, care favorizează păstrarea multor atitudini infantile, neadaptate prezentului la vârsta adultă.

Trăsătura de bază a afectivităţii este imaturitatea afectivă exteriorizată prin tendinţa la izbucniri zgomotoase de scurtă durată, labilitate emoţională, dependenţa de familie, egocentrism şi nevoia de satisfacţii imediate. Unii sunt foarte irascibili, cu instabilitate motorie, cu descărcări de mânie nemotivată. O parte din trăsăturile afective şi

caracteriale sunt determinate de atitudinea celor din jur, a mediului social față de handicapul intelectual.

În copilărie, supraprotecția, perfecționismul, neglijarea sau respingerea, batjocorirea copilului pot da naştere la reacții, atitudini, sentimente care împiedică maturizarea afectivă normală. Sunt caracteristice inerția, descurajarea, pierderea interesului față de învățătură, toate acestea ducând la absenteism, demisie școlară, tendință la căutarea de satisfacții facile imediate, compensatorii, jocuri, furturi, vagabondaj, relații sexuale precoce.

După H. Ey, adaptarea socială a debililor mintal depinde de complexitatea vieții sociale, de toleranța colectivității respective, fiind mai bună în societățile slab dezvoltate. Ea depinde și de gradul de stabilitate a individului, deci de instabilitate, tulburările afective și de oportunitățile concrete de angajare. Mulți ajung la un grad de îndemânare și pot învăța foarte bine meserii simple în munca din industrie, construcții, agricultură, menaj. Bună aderență profesională în raport cu dificultățile din viața personală și socială.

Realizarea și menținerea căsătoriei este dificilă din cauza instabilității afective, capacității reduse de stăpânire a impulsurilor, lipsei simțului critic, asimilării insuficiente a rolurilor conjugale – există frecvente divorțuri, părăsiri de domiciliu, adultere, abandonul copiilor; nu au maturitatea suficientă pentru funcția de mamă.

Tulburările de conduită, după Predescu Oancea și G. Heuyer, ar prezenta cam 1/3 din delincvenții juvenili. Lipsa de supraveghere, nevoia de satisfacții imediate, sugestibilitatea, tendința la imitație favorizează antrenarea lor în acte delictuale, în care servesc drept unelte. Adolescentele sunt atrase către raporturi sexuale, care le satisfac pe plan instinctual și le valorizează social, multe devin prostituate. La băieți, sexualitatea este mai dificilă întrucât au dificicultăți în găsirea unei partenere și pot fi atrași de homosexualitate. Ca acte medico-legale se descriu crime impulsive, de răzbunare, tentative de viol, furturi.

Intelectul de limită desemnează o categorie de indivizi limitați, înapoiați, proști descriși de prof. Brînzei drept hipofreni. Posibilitățile lor intelectuale se plasează mult sub medie (QI 70-79). Au fost scoși din sfera oligofreniei, dar au numeroase probleme de școlarizare începând cu clasa V. Vârsta lor mintală este între 12-14 ani, nu reușesc să atingă faza de gândire abstractă, formal logică, ceea ce îngreunează

raționamentele matematice, înțelegerea proceselor fizico-chimice. Câteodată sunt nevoiți să-și întrerupă timpuriu școlarizarea, dar reușesc să obțină calificare profesională sub-medie și adaptare socială corespunzătoare. Mayer Gross atrage atenția asupra acestui grup de 3 ori mai numeros decât cei cu debilitate mintală, au adesea tulburări de adaptare mai ales la sfârșitul școlarizării și începutul profesionalizării.

Crizele existențiale ale copiilor retardați

Ei trebuie să facă față numeroaselor provocări și crize de dezvoltare.

În perioada preșcolară, întârziere, răspund mai lent, mai docili mai puțin interactivi vocal, comunicarea timpurie socială este slabă, autoservirea este nedezvoltată.

În perioada școlară apar dificultățile de învățare, în însușirea abilităților sociale, în independență, sunt dependenți de familie, pot să apară tulburări de comportament. Sunt greu de acceptat de cei de aceeași vârstă, docilitatea este un factor decisiv, dacă sunt cuminți pot fi acceptați în școala normală, chiar dacă performanțele sunt slabe. Majoritatea sunt constienți de diferențele față de cei de aceeași vârstă, au o slabă imagine de sine, au o serie de mecanisme de apărare, evitarea sarcinilor, pasivitate, depresie, demisie școlară sau *acting-out*, agresivitate.

În adolescență apare nevoia de a accepta handicapul cognitiv. Copiii mai puțin retardați sunt mai dezavantajați, percep mai bine diferențele și utilizează apărări maladaptative. O problemă este diferența accentuată între pubertatea fizică și pregătirea emoțională pentru rolurile de adult. Sunt plasați în roluri marginale și protejate, le este greu să participe la activități de grup între adulți, există o nesiguranță despre abilitățile lor, proasta imagine de sine, planificarea realistă pentru viitor este blocată.

Apărările în adolescență includ pasivitate, retracție, regresiune, evitarea sarcinilor sau *acting-out*, comportament agresiv, delincvență, nesupunere. Pot fi victime ale exploatării sexuale sau de altă natură, muncă, participare la activități delincvente, sunt ușor de încântat, o perspectivă optimistă îi stimulează, pot adera la grupuri infracționale care le conferă identitatea de grup și curaj, mândrie.

Reacțiile parentale

Tradițional, părinții au la început o reacție depresivă, ca pierdere a imaginii copilului ideal, ea poate fi adaptativă, reacțiile sunt

variabile şi, in general, negative, urmate de negare, refuzul acceptării situaţiei şi în final se încheie cu adaptarea.

La cei cu deficienţă uşoară care se diagnostichează mai târziu, părinţii sunt deja acomodaţi cu problemele adaptative în familie şi pot crede că ele sunt datorate unor probleme emoţionale. Unii părinţi reuşesc să vadă şi calităţile copilului, ceea ce este excelent întrucât acest fapt atenuează reacţiile negative. Nesiguranţa faţă de viitor este foarte greu de suportat, au nevoie de sprijin, servicii de asistenţă socială, de alte servicii, de părinţi, asociaţii.

Este un proces continuu, mai ales dacă apar reacţii dezadaptative, tulburări de conduită, explicaţii şi sugestii de conduită. Intervenţiile de corectare se bazează pe explicaţii iniţiale, discutate cu părinţii se ajunge la soluţii. În orice minus de abilităţi este nevoie de intervenţie corectoare, de făcut cu ajutorul părinţilor, care trebuie să devină co-terapeuţi. Instrucţia sistematică se bazează pe exemplu, părintele trebuie să vadă cum se face, care este mecanismul, de principiu răsplătire diferenţiată, îşi face însemnări din care să reiasă nu numai reuşitele, ci şi eşecurile pe baza cărora se vor efectua corecturile programului.

Chiar în faţa unui caz de devianţă, rolul profesionistului este să vadă mai departe de faptă şi să traseze un eventual traseu recuperator.

Evaluarea deficitului mintal

Diagnosticarea de deficit mintal uşor este dificilă datorită existenţei unui adevărat continuum de forme de tranziţie între debilitatea mintală şi normal.

La stabilirea diagnosticului se folosesc anamneza, convorbirea cu bolnavul şi examinarea cu testele psihometrice. Anamneza permite o estimare prealabilă a posibilităţilor intelectuale ale subiectului, prin informaţii asupra dezvoltării psihomotorii, a performanţelor şcolare, adaptării sociale, calificării profesionale. Ea trebuie să definească şi condiţiile educaţionale, nivelul cultural al familiei, calitatea educaţiei oferită de familie, eventuala neglijare, şcolile urmate şi rezultatele obţinute, reacţiile subiectului faţă de şcolarizare.

Examinarea va fi adaptată nivelului de cultură declarat de bolnav. Se vor evolua sistematic cititul, scrisul şi calculul cu mare flexibilitate, în caz de răspunsuri bune. Se pot evalua cunoştinţele de

geografie, important este de văzut dacă sunt asimilate mecanic sau nu şi cum operează cu cunoştinţele respective.

Examinarea directă devine importantă dacă vrem să stabilim nivelul intelectual, mai ales potenţialul unuia care este subcultural, neglijat la care o bună parte din testele psihometrice, impregnate cultural pot să dea rezultate fals negative. Examinarea directă dă rezultate calitative care pot fi utilizate în diagnostic ca elemente de corectură faţă de aparenţa de oligofrenie care convine subiectului şi aparţinătorilor.

Examinarea directă (Predescu) oferă un model, începând cu analiza concretă pe desen, descrierea temei, semnificaţiei, relaţiilor dintre diferite componente, urmată de sinteza, definirea printr-un cuvânt a unor obiecte, în noţiuni, categorii. Debilii mintal se opresc aici, utilizând elemente concrete, culoare, formă, utilizare. Ei pot să efectueze comparaţii pe baza aceloraşi criterii concrete. Pentru cei cu intelect de limită, deşi consideraţi normali din punct de vedere legal, există dificultăţi în definirea unor termeni abstracţi, în comparaţii, probleme de abstractizare, calcul, silogisme.

În analiza faptei se poate observa un grad de planificare, măsuri de siguranţă, acoperire care sugerează un intelect mai aproape de normal sau chiar normalul. Unele dintre fapte pot fi învăţate sau împrumutate de la alţii când acţiunea se produce în grup. Din contra, delictul poate să poarte pecetea prostiei, a debilităţii mintale, dar care poate fi învăluită câteodată într-un grad de şiretenie. Interesează în aceeaşi măsură gradul de vinovăţie, de conştientizare a abaterii morale, real sau simulat. La normali, el poate fi mai curând simulat, în raport cu debilii mintal care ştiu că au făcut ceva rău şi de puţine ori reuşesc să braveze şi să dea impresia că nu au ştiut sau nu le pasă. Chiar dacă sunt minori, trebuie să stabilim un grad, între lipsa de discernământ, discernământ diminuat sau corespunzător vârstei. Cea mai dificilă problemă este cea legată de discernământul normalului subcultural.

În examenul psihometric se folosesc testul Binet-Simon sau varianta Stanford Binet, testul WISC, scala de inteligenţă Wechsler pentru copii până la 16 ani WAIS, scala de inteligenţă Wechsler pentru adulţi şi în cazul celor trecuţi de 16 ani, testul Raven, non verbal.

Testul Wechsler are 11 subteste, din care 6 sunt verbale şi 5 non-verbale cu probe de dificultate crescândă. Matricele progresive

Raven evidențiază capacitatea operatorie non-verbală a subiectului, de a opera comparații, a utiliza operații logice și raționamente analogice pe baza spiritului de observație și a percepțiilor vizuale. Pot fi utilizate și teste pentru limbaj. Atenție la tulburările instrumentale, dislexia, disgrafia și discalculia.

Examinarea psihică trebuie să cuprinda și starea afectivă, atitudinea din timpul examinării, gradul de cooperare și este menită să stabilească și/ sau să confirme existența unor comorbidități, a unor tensiuni relaționale rezultate din componente psihogene. Ele pot să rezulte din conflictele copilului sau adolescentului cu familia sau cu personalul educațional, dacă este instituționalizat, cauzate de cerințe exagerate, dificultăți de comunicare, alte greșeli educative, inclusiv neglijarea care este foarte răspândită.

Examinarea completă va trebui să definească și nevoile persoanei în cauză, de îngrijire, educaționale, de supraveghere, de îmbunătățire a relațiilor cu adulții, și va viza eventual introducerea unui tratament psihiatric. Poate fi nevoie de psihiatru sau psiholog care să introducă un program de terapie medicamentoasă sau comportamentală, de dezvoltarea abilităților pentru viață, inclusiv a celor sociale. Față de acestea este nevoie să se elaboreze un set de recomandări care vor servi drept ghid pentru tribunal.

Evaluarea biomedicală este menită să clarifice aspectele etiologice și are o componentă anamnestică legată de istoria dezvoltării și eventuale agresiuni pre-peri și postnatale. Ca urmare a examinării complexe pot să rezulte disfuncții cum ar fi cea tiroidiană, și să fie nevoie de analize suplimentare: cromozomială, imagistică cerebrală, CT, RMN, în caz de comițialitate EEG.

Extrem de puține delicte se produc în timpul unor crize epileptice, ele rămân importante ca expresie a unui fond de leziune cerebrală. În general, cei sechelari, cu sindroame neurologice se pot exprima delictual îndeosebi în sfera agresiunilor, *acting-out* inclusiv piromania, ei realizând stări de frustrație foarte severe, în raport cu dimensiunile handicapului și reacțiile nefavorabile ale celor din jur. Ei sunt candidați la instituționalizare, dat fiind dimensiunile deficienței mixte, rigidității, sărăciei ideative, stereotipiilor.

TULBURAREA DEFICITULUI DE ATENȚIE ȘI HIPERACTIVITATEA

Constantin Oancea

Mulți copii au un stil de comportament impulsiv, neatent și instabil, durează mulți ani, poate pentru o viață, este foarte neplăcut pentru cei care îi ingrijesc, își schimbă forma de-a lungul anilor. Înainte de 1960, copiii cu acest tip de tulburări au fost considerați ca suferinzi de o disfuncție cerebrală minimă (*minimal brain damage*). Mai târziu, în 1968, în DSM II, ele au fost atribuite sindromului hiperkinetic, iar după 1980, în DSM III s-a definit noua entitate rezultată din unirea dintre grupul celor suferinzi de neatenție de cel al hiperkineticilor, rezultând formula actuală.

Definiție DSM-IV TR – există diagnosticul *Attention deficit/ Hyperactivity Disorder*, iar în ICD 10 – *Hyperkinetic Disorder* (tulburarea hiperkinetică). În unele cazuri se întâlnesc combinate toate trăsăturile descrise.

Importanța tulburării rezidă din numărul mare de copii care suferă de această tulburare – între 3-7% dintre copiii de vârstă școlară (dintre care 90% au tipul hiperactiv impulsiv) cu efecte negative asupra adaptării școlare, sociale și eșecuri. Există riscul ca tulburarea să se amplifice prin apariția tulburărilor de conduită, a dezadaptării școlare severe. Importantă este recunoașterea ca tulburare ca atare, care are și tratament medicamentos. Conduita educațională reduce riscul pedepselor disproporționate.

Tulburarea poate apare izolat sau cu o puternică comorbiditate. Ea prezintă 3 aspecte: *neatenția, supraactivitatea* și *impulsivitatea*, forma lor depinzând foarte mult de vârsta persoanei. Tulburarea se întâlnește de la copilul mic până la adult.

Neatenția se referă la un stil de comportament implicând dezorganizarea și lipsa de persistență, mai curând decât rezultatele

testelor de atenție. Se prezintă în diferite moduri, la diferite vârste și se observă mai bine în raport cu solicitările mediului. Comportamentele pot fi observate direct. Motivația îmbunătățește atenția. Anumite activități nu sunt bune pentru testare, fiind prea solicitante (jocurile de calculator cu compensații frecvente). O dată ce se intră în lumea adultă, atenția deficitară devine o problemă foarte importantă.

Inatenția – dificultate în concentrare cu durată scurtă, inabilitatea de a modula răspunsurile, o incapacitate de a filtra stimulii, mai puțin decât a căuta activ cât mai mulți stimuli. Când este neatent, subiectul are dificultăți în activitatea școlară. Inatenția se poate manifesta în situații școlare, profesionale sau sociale. Indivizii pot eșua în concentrarea atenției asupra detaliilor sau pot face erori, sunt neglijenți în efectuarea temelor școlare și a altor sarcini. Activitatea lor este dezordonată, efectuată neglijent și fără plan anterior. Au dificultăți în a menține atenția asupra unor sarcini sau activități de joc, le este greu să persiste până la terminarea activităților. Ca și cum ar fi „cu mintea în altă parte", ca și cum nu ar asculta sau nu ar auzi ce li se spune, treceri frecvente de la o activitate neterminată la alta. Nu urmează exigențele sau instrucțiunile, eșuează în efectuarea temelor școlare, sarcinilor casnice, altor îndatoriri. Prezintă incapacitatea de a îndeplini o sarcină care presupune atenție. Au dificultăți în organizarea sarcinilor. Sarcinile care solicită efort mintal sunt percepute ca neplăcute sau aversive. În consecință, prezintă aversiune față de sarcini care solicită autoexigență, capacități organizatorice sau concentrare susținută (teme pentru acasă). Evitarea sarcinilor nu este datorată opoziției, deși poate să apară un opoziționism secundar. Deprinderile de lucru sunt dezorganizate, materialele de lucru sunt împrăștiate, pierdute, deteriorate. Sunt ușor de distras de la stimuli irelevanți, întrerup ușor sarcinile, pentru a se ocupa de zgomote sau evenimente banale, uzuale, ignorate de alții (de ex.: claxonat). Sunt uituci în activitățile cotidiene (lipsesc de la întâlniri). În situațiile sociale, inatenția se manifestă prin treceri de la un subiect la altul în conversație, neatenție față de alții, nu respectă regulile sau detaliile jocurilor, activităților.

Impulsivitatea – nerăbdare, dificultate în amânarea răspunsurilor, „trântirea" răspunsurilor.

Supractivitatea – se referă la excesul de activitate, care ar fi cea mai mare problemă în mica copilărie și care își pierde din intensitate la adult. Se combină cu impulsivitatea.

Hiperactivitatea – individul pare să fie fără liniște, nu obosește niciodată. Activitatea sedentară (statul la școală, mersul cu mașina) duce la un înalt grad de nesupunere și neliniște. Se mișcă când stau așezați pe scaun, fac zgomot, bat în pupitru, îi deranjează pe alții. Se poate manifesta prin foit sau răsucit, prin a nu rămâne așezat când este de dorit să o facă, prin cățărat, alergat în situații în care este inadecvat, dificultăți în a se juca sau de participa liniștit în activități distractive, pare adesea că se află în continuă mișcare, că este împins de un motor sau vorbire excesivă. Hiperactivitatea variază cu vârsta, dar la copiii mici diagnosticul se pune cu prudență. Copiii care abia încep să meargă sau preșcolarii care prezintă acest diagnostic diferă față de copiii normali, pentru că se află în continuă mișcare și peste tot, fug înainte și înapoi, sunt afară înaintea hainelor lor, sar peste mobilă ori se urcă pe ea, aleargă prin casă sau au dificultăți în a participa în activități sedentare sau în a asculta o poveste. La copiii de vârstă școlară situația este asemănătoare dar de intensitate și frecvență mai mică. Au dificultăți în a rămâne așezați, se ridică în picioare frecvent, se răsucesc pe scaun, se agață de el. Se joacă cu diverse obiecte, bat din palme, își pendulează picioarele excesiv. Se ridică de la masă în timp ce mănâncă, în timp ce privesc la televizor, în timp ce își fac temele, vorbesc excesiv de mult, fac zgomot când ar trebui să fie liniște. La adolescenți și adulți, semnele de hiperactivitate iau forma unor senzații de neliniște și dificultate în a se angaja în activități sedentare, care se desfășoară în liniște.

Impulsivitatea înseamnă a acționa fără să reflectezi, acest aspect bagă copiii în încurcătură și irită pe alții. Impulsivitatea se exprimă ca nerăbdare, dificultate în amânarea răspunsurilor, trântirea răspunsurilor înainte ca întrebările să fie complet formulate, dificultăți în a aștepta rândul, întreruperea, deranjarea altora ducând la dificultăți în situații profesionale, sociale și școlare. Pot monopoliza conversația sau activitățile. Subiecții fac comentarii intempestive înainte să le vină rândul. Sunt incapabili să îi asculte pe alții, inițiază conversații în momente inoportune, întrerup excesiv, fac pe clovnii, smulg obiecte din mâna altora, ating lucruri. Impulsivitatea poate duce la accidente, se ciocnesc de obiectele din jur, se lovesc de diferite

persoane, se angajează în activități potențial periculoase fără a lua în consecință riscurile.

În mica copilărie este greu de diferențiat impulsivitatea de alte tipuri de comportament opoziționist. Lipsa de claritate în legătură cu regulile sociale și rezistența furioasă față de adulți pot avea și alte cauze. Subiectiv, adulții recunosc adesea că au asemenea probleme, se consideră confuzi și supraactivi, cu acțiuni adesea neînțelepte. Experiența subiectivă a copiilor cu ADHD este adesea că sunt pedepsiți pe nedrept, sau discriminați din cauza condiției lor.

Semne asociate: în funcție de vârstă, de stadiul de dezvoltare pot include toleranță scăzută la frustrare, crize coleroase, tendințe la dominare, încăpățânare, insistență excesivă de a i se satisface cererile, labilitate afectivă, demoralizare, disforie, rejecția de către cei de aceeași vârstă și stimă de sine scăzută. Performanța școlara scăzută duce la conflicte cu autoritățile și cu familia. Hărnicia scăzută în a-și face lecțiile poate fi interpretată drept lene, simț redus al responsabilității sau opoziționism. Relațiile cu familia sunt caracterizate adesea prin antagonism și resentimente, datorită variabilității în simptomatologie, ceea ce îi face să creadă că orice comportament impertinent este intenționat. Suferinzii de ADHD adulți au mai puțină școală, sunt mai slab calificați, dezvoltarea intelectuală pare ceva mai redusă. Forma severă este oarecum invalidantă și afectează adaptarea familială, școlară, socială.

DSM IV TR (2000) împarte ADHD în 3 subtipuri, funcție de severitatea simptomului central:

1) Tipul predominant neatent,
2) Tipul predominant hiperactiv/impulsiv,
3) Tipul combinat.

Există o categorie „nemenționată în altă parte" care cuprinde copii cu debut după 7 ani, sub formă de neatenție însoțită de comportament hipoactiv (inerție și reverie).

Diagnosticul este dificil, un grad anumit de neatenție, supraactivitate și impulsivitate se întâlnește și la copiii obișnuiți. Diagnosticul se bazează pe extinderea, severitatea simptomelor și pe impactul lor asupra adaptării sociale. Unii părinți pot să exagereze, dar este important de stabilit toleranța lor și a comunității. Multe trăsături par să fie exagerări ale activității normale a copilului. Semnele de

neatenţie şi de hiperactivitate interacţionează impredictibil cu mediul şi sunt dependente de vârstă.

În diagnosticul ADHD contează mai curând istoricul comportamental, relatările părinţilor şi ale educatorilor şi mai puţin examinarea directă în cabinet, copilul poate să stea cuminte, mai ales în situaţii unu la unu, situaţii noi. De obicei, copilul neagă orice simptom. De multe ori copilul are un grad ridicat de hiperactivitate în cabinet, uşurând mult stabilirea diagnosticului. Regula de bază este că tulburarea trebuie să se manifeste în cel puţin două locuri, acasă, la şcoala sau în cabinet. Unii sunt tulburaţi în orice loc.

Simptomele se agravează în situaţii care necesită atenţie sau efort mental susţinut cum ar fi în clasă sau în activităţi lipsite de atractivitate ori de noutate intrinsecă, de exemplu: audierea profesorilor în clasă, expunerea de materiale lungi şi obositoare, monotone. Simptomele survin foarte probabil în situaţii de grup, în clasă, la locul de muncă. Semnele sunt minime când persoana este sub control strict, într-o situaţie nouă, activităţi extrem de interesante, când primeşte recompense frecvente. Trebuie o informare asupra comportamentului într-o varietate de situaţii.

În diagnostic contează şi **aspectele familiale,** dinamica familială, factorii de stres, viaţa familială, relaţiile cu fraţii şi cu familia extinsă, **gradul de structurare educaţională a copilului,** calitatea educaţiei atenţiei şi a autodisciplinei. În acest domeniu trebuie luate în consideraţie aspectele legate de carenţe afective, ospitalism, carenţe educaţionale, supraprotecţie în care există un minus de educare a atenţiei şi a disciplinei activităţii, care pot fi corectate educaţional.

Stilul educaţional: măsura în care părinţii acceptă sau nu, defectul biologic, toleranţa şi posibilitatea de a agrava simptomatologia prin pedepse şi restricţii exagerate, perfecţionism educaţional. Adesea se identifică supraadăugarea de **verigi reactive**, tensiuni relaţionale exagerate, trăiri de vinovăţie generate de greşelile educative, ce pot fi corectate prin informarea şi educarea părinţilor.

Ca **forme clinice**, există cazuri în care predomină numai un aspect. Există un grup distinct de copii cu deficit de atenţie fără hiperactivitate, aceştia nu ajung la psihiatrie, ei au mai ales eşecuri şcolare. Pot fi visători şi întrucâtva inerţi însă sunt dezorganizaţi în clasă. Ar avea probleme cu slaba memorie de lucru, abilităţi spaţiale slabe, coordonare motorie slabă, întârzieri în limbaj. Tulburarea de

atenție poate fi secundară dizabilității intelectuale ori dificultăților academice specifice.

În unele cazuri de probleme familiale (conflicte, adversități), unii subiecți se manifestă hiperactiv mai mult acasă. Cei care se manifestă la şcoala au mai multe probleme cognitive.

Tipul neatent – din cele nouă posibile simptome, este necesară prezența a cel puțin şase:

- nu acordă atenția cuvenită detaliilor;
- are dificultăți în menținerea pe mai mult timp a atenției;
- pare că nu ascultă când i se vorbeşte direct;
- este incapabil să-şi termine treburile (activități şcolare, teme, treburi casnice);
- are dificultăți de organizare;
- evită să se angajeze în sarcini care necesită efort mintal susținut (cum ar fi efectuarea temelor la şcoală sau acasă);
- pierde lucrurile necesare (creioane, caiete, foi, cărți);
- este uşor de distras;
- este uituc.

Simptomele trebuie să dureze cel puțin 6 luni, să cauzeze o afectare accentuată a performanțelor, a relațiilor, să se manifeste în două sau mai multe situații, să fie prezente înainte de 7 ani. Copiii cu forma neatentă sunt mai rar diagnosticați şi rămân neînțeleşi. Au probleme în a dezvolta la şcoală sentimentul competenței, priceperii şi al eficienței, le este greu să obțină succesele necesare. După Barkley (1998), tipul neatent se caracterizează prin procesarea lentă a informațiilor şi prin probleme în ceea ce priveşte concentrarea atenției sau atenția selectivă. Confruntați cu zgomotul de fond şcolar, le este greu să distingă esențialul de neesențial. Neatenția ar fi legată de supraîncărcarea informațională datorită lipsei de selectivitate. Deficitul de procesare duce la note mici, dificultăți în efectuarea şi terminarea temelor pentru acasă şi aparenta lipsă de motivație. Pentru copii, părinți, profesori, îndatoririle şcolare sunt o sursă majoră de frustrare.

Tipul hiperactiv-impulsiv: din cele nouă simptome (şase de hiperactivitate şi trei de impulsivitate) copilul trebuie să prezinte cel puțin şase. Semnele de hiperactivitate sunt:

- Agitație sau nelinişte;
- Dificultăți în a rămâne aşezat;

• Motricitate excesivă ;
• Dificultăţi în a se angaja în activităţi distractive în linişte ;
• În continuă mişcare;
• Logoree permanentă.

Simptomele de impulsivitate sunt :
• Trânteşte răspunsurile, comentează;
• Nerăbdător, are dificultăţi în a-şi aştepta rândul;
• Îi întrerupe şi îi deranjează pe ceilalţi.

Copiii cu această formă de ADHD au probleme şcolare şi sociale din cauza impulsivităţii, au tendinţa de a îndeplini sarcinile repede, în loc să le facă bine. De multe ori abordează greşit exerciţiile pentru că nu aşteaptă să primească toate instrucţiunile.

Simptomele premergătoare la vârstă foarte mică, activitate excesivă, insomnie, somn dificil, iritabilitate. Sunt mai greu de consolat decât alţi copii, prezintă lipsă de autocontrol începând cu 1 an şi jumătate. Preşcolarii sunt mai obositori, mai stresanţi, mai problematici, mai ales în timpul activităţilor libere sau nesupravegheaţi. La vârsta şcolară, din cauza impulsivităţii şi incapacităţii de a stăpâni anumite reacţii ce împiedică învăţarea de calitate, încep lecţiile înainte de a primi toate instrucţiunile, le efectuează în grabă, au toleranţă scăzută la frustraţii, tind să abandoneze când au dificultăţi. Risc mare de accidente.

Sunt cel puţin trei elemente cheie pentru un diagnostic: un nivel inadecvat de hiperactivitate motorie, inatenţia la şcoală şi impulsivitatea. Datele psihologice pot evidenţia tulburări de atenţie, de exemplu codul din WISC. Tulburarea de atenţie şi hiperactivitatea se evaluează prin chestionarul ASEBA (Achenbach şi Rescorla, 2001), CRS-R (Conners 1969, 1997). Cel mai uşor este Conners (1969) cu 10 întrebări şi cu 3 grade de intensitate, pragul normal fiind 15, foarte util pentru diagnostic dar şi pentru urmărirea dinamicii, în care se poate observa scăderea în timp a punctajului.

Severitate – în raport cu intensitatea şi numărul de simptome:

• **Uşor:** dacă prezintă vreunul din simptome pentru a obţine diagnosticul, afectare minimă a adaptării şcolare şi a funcţionării sociale;

• **Mediu:** simptome ori afectare funcţională între uşor şi sever;

• **Sever:** simptome în exces faţă de necesarul pentru diagnostic şi afectare semnificativă şi de durată în funcţionarea acasă, la şcoală, cu cei de aceeaşi vârstă.

Evaluarea funcţiei executive prin BRIEF (Gioia, Isquith, Guy şi Kenworthy, 2000) are versiuni pentru părinţi şi profesori. Permite evaluarea reglării comportamentale şi metacogniţie. Se efectuază evaluările funcţiei intelectuale şi a performanţelor şcolare, depistarea eventualelor tulburări de învăţare.

PREZENTAREA TIPICĂ PE VÂRSTE

Preşcolar. Copilul mic are pulsiuni motorii mai mari, mai puţin dependente de mediu, se mişcă permanent în jurul camerei, simte nevoia de a atinge orice lucru, manipulează fiecare obiect într–un mod hazardat. Urcă, sare, parcă este împins de un motor, în afara controlului. La petrecerile familiei copiii deraiază repede, devin sălbatici, zgomotoşi, de necontrolat, inatenţie: se joacă în secvenţe foarte scurte, mai puţin de 3 minute, după care părăseşte activităţile, nu ascultă; supraactiv: ca o „vijelie"; impulsiv: nu ascultă, nu are sensul pericolului, greu de diferenţiat de opoziţionism.

Şcolar. Copiii şcolari arată un set mai îngust de comportamente impulsive şi hiperactive, în clasă domină neatenţia, copilul apare visător, preocupat, se mişcă neîncetat chiar când stă pe scaun. Neatenţia interferează cu performanţele şcolare, scrie lăbărţat, cu multe greşeli şi murdar. Acasă nu ascultă, eşec în a urmări cele mai simple solicitări, incapabil să-şi termine temele. Aceşti copii au dificultăţi de durată în controlul impulsurilor, nivel crescut al activităţii motorii, tulburări când este într-un grup. Activitate crescută chiar şi în timpul somnului, au tulburări în activitatea motorie la sport, nu sunt buni tovarăşi de echipă. Situaţiile în care se autoconduc sunt cele mai grele: inatenţie– activităţi de scurtă durată (sub 10 minute), schimbarea prematură a activităţilor, uituc, dezorganizat, distrat de mediu; supraactiv când se aşteaptă să fie calm; impulsiv: *acting out*, întrerupe pe alţi copii, intră peste ei cu răspunsuri, rupe regulile pe negândite, se bagă peste cei de o vârstă, face accidente.

Adolescent. Inatenţie persistentă mai mică decât a celor de o vârstă cu el, de cam de 30 minute, lipsă de atenţie faţă de detalii, proastă planificare, obiceiuri proaste de lucru, lipsa abilităţilor organizatorice, grad scăzut de perseverenţă,

Supraactivitate – neastâmpărat;

Impulsiv: lipsa autocontrolului, nechibzuit, își asumă riscuri, risc crescut de accidente de circulație, conducere imprudentă, risc consum de droguri și alcool

Adult. Neatenție, detaliile nu sunt completate, întâlnirile uitate, lipsă de prevedere; supraactivitate: sens subiectiv al neliniștii; impulsivitate: accidente, inclusiv în mișcare, ia decizii premature și neînțelepte, nerăbdare.

Tulburările comorbide: sunt în primul rând neurodevelopmentale, cu debut cel mai adesea în copilărie dar pot apărea și la vârstă adultă. Cam 2/3 din ADHD la vârstă școlară au tulburări comorbide, ca o altă tulburare diagnosticabilă. Frecvența ridicată a tulburărilor de externalizare și internalizare fac ca evoluția bolii să depindă și de acestea, și este în general negativă.

Ca tulburări neurodevelopmentale asociate pot fi tulburări motorii și de limbaj, autism, tulburări de învățare, pervazive, boala Tourette, ticuri. Dizabilitatea intelectuală poate să stimuleze sau să coexiste, tulburarea de atenție poate fi secundară celei cognitive. ADHD este suspectat când tulburarea de atenție este complet exagerată în raport cu severitatea deficitului mintal.

De fapt, poate exista hiperactivitate și la oligofrenie, sindromul psihoorganic la cazurile cu afectări cerebrale postagresive, în care se întâlnesc atât tulburările intelectuale, de atenție voluntară, de memorie și concomitent bradipsihie, gândire concretă, dificultăți operaționale. În antecedente agresiune cerebrală, posibil modificări EEG de tip lezional, în neuroimagistică.

La vârsta copilăriei se poate complica cu tulburarea opoziționistă sau cu tulburarea de conduită. Tulburarea hiperactivă este un factor de risc pentru ambele tulburări.

Tulburările de internalizare sunt asociate frecvent mai ales cu depresia și boala bipolară. Pot să se diagnosticheze și la prepuberi. Dificultăți mari în diferențierea de depresie, de exemplu iritabilitatea este și un simptom major de depresie la copil. Ea se exprimă adesea prin neliniște, agitație, slabă concentrare a atenției, reacții impulsive toate similare cu simptomele ADHD.

În ce privește tulburarea bipolară la copii, apar cicluri rapide de dispoziție schimbătoare nu prin euforie ci prin iritabilitate (de la exaltare la iritabilitate) cu treceri scurte dar frecvente de la o stare la

alta. Ciclare rapidă de câteva ori pe zi. Unele simptome ca logoreea, lipsa de atenţie şi hiperactivitatea seamănă cu ADHD. Există o irascibilitate extremă care se modifică de mai multe ori pe zi. Importanţa porneşte de la posibilitatea intervenţiei terapeutice cu timostabilizatori care să stabilizeze dispoziţia cu potenţial delictogen, agresiv. O dispoziţie instabilă şi hiperactivitatea este foarte comună în ADHD. Aprecierea comorbidităţii este bazată atât pe aspectele clinice cât şi pe datele genetic-familiale.

Asocierea cu tulburările anxioase se face în procent de 25% din ADHD (Pliska 2000). În ADHD lipsa de concentrare, agitaţia nervoasă, nelinişte, seamănă cu simptomele anxietăţii. Tulburările de externalizare sunt foarte frecvente, comorbiditate cu tulburările de comportament când apare agresivitatea ridicată şi cu comportamentul opoziţionist porovocator. 35-60% din ADHD suferă şi de comportament opoziţionist provocator şi de tulburări de conduită.

Tulburări în relaţiile sociale, cam 50% din ADHD au probleme de relaţionare cu cei de o vârstă, există o discrepanţă mare între capacitatea cognitivă şi abilităţile sociale scăzute. S-a descris un subtip de ADHD «inapt din punct de vedere social» care agravează diagnosticul, creşte consumul de droguri, problemele familiale, anxietatea, tulburările de dispoziţie şi de comportament.

La adolescent se asociază frecvent cu consumul de droguri, au nevoie de satisfacţii suplimentare, imediate. ADHD se întâlneşte frecvent la delincvenţii cu tulburări de personalitate. Mulţi încarceraţi, adulţi tineri au istoric de copiii hiperkinetici (45%, Rosler şi colab., 2004).

Raporturile cu psihopatiile: mai ales cu cea antisocială şi borderline, se pot identifica trăsături speciale.

Etiologie

Factori genetici – Tulburarea este masculină 4/1. În 50% din cazuri există precedent în familie, de aceea întotdeauna se întreabă dacă mai există o persoană cu trăsături asemănătoare în familie iar de multe ori răspunsul este pozitiv întrucât există tendinţa de agregare familială, ceea ce uşurează în bună măsură diagnosticul, cel puţin ca element de bază, întrucât sindromul poate fi agravat de factorii de mediu.

Genetic, efectul genelor specifice este mic dar se conjugă cu factori de mediu, prenatali, peri- şi postnatali, cu calitatea mediului social. Devine importantă interpretarea factorilor de mediu.

S-a pornit de la ideea că tulburarea de nucleu este una **biologică.** Ipoteza deficitului funcţiei executive porneşte de la similarităţile în disfuncţie între ADHD şi cele din **leziunile lobului frontal.** Accentul ar cădea asupra inhibiţiei răspunsurilor, care este scăzută, planificării, memoriei de lucru, controlul interferenţelor. Subiecţii au avut un deficit pe cel puţin una din funcţii dar nu pe toate. Există un deficit funcţional verificat cu rezonanţă magnetică nucleară şi cu consumul de glucoză mai redus în regiunile frontale.

ADHD este o tulburare a funcţiei executive fronto-striatale, de deficit în funcţiile de temporizare talamo-cerebelare care ordonează impulsurile în procesele de deficit de răsplătire şi motivare în zona orbito-frontală. Mulţi copii nu ar fi afectaţi de disfuncţiile executive, ar fi gene specifice de risc, mai multe dar mai mici.

ADHD este o tulburare de **catecholamine**, de aceea există un răspuns pozitiv la agoniştii dopaminei şi ai norepinefrinei, ca metilfenidatul, amfetamina şi atomoxetina. Metilfenidatul ar lucra bine cu deficitele din domeniul inhibiţiei, atenţiei susţinute, memoria de lucru şi capacitatea de a trece de la o sarcina la alta.

Concepţia integrativă ia în considerare şi afectările organice, agresiunile cerebrale, infecţii, encefalite, prematuritate şi poate să fie şi o afectare postnatală.

Pot exista aspecte reactive de tipul: un istoric de abuz al copilului, multiple plasamente în cămine, educaţia negativă aspră.

Fiziopatologie. S-a discutat modul în care funcţionarea executivă şi nivelurile de stimulare influenţează deficitele de procesare cognitivă, emoţională şi comportamentală la copiii cu ADHD. Funcţionarea executivă de calitate presupune flexibilitate şi capacitatea de schimbare a obiectului atenţiei la nevoie şi schimbarea strategiilor după nevoi, capacitate de monitorizare, evaluare şi schimbare a strategiilor. Un rol important îl are memoria de lucru. Funcţiile de reglare şi autocontrolul sporit permit copilului să internalizeze modelele pozitive furnizate de părinţi, creşterea ponderii limbajului interior care ghidează comportamentul adecvat şi inhibă reacţiile nedorite.

Modelul Barkley 1997 este construit prin prisma funcțiilor executive în jurul conceptului de inhibiție comportamentală. O caracteristică centrală a afecțiunii și legăturile dintre deficitele de inhibiție comportamentală și alte deficite de funcționare executivă și de menținere a atenției este valabilă pentru tipul impulsiv-hiperkinetic. Măsura în care copilul stăpâneşte inhibiția comportamentală este foarte importantă pentru determinarea rezultatelor la cele patru activități centrale ce țin de funcționarea executivă: memoria de lucru (permite activități de coordonare secvențială și planificare), autoreglarea (modularea stărilor active astfel încât să inițieze comportamente orientate către un anumit scop și să susțină eforturile), interiorizarea discursului (încetineşte reacțiile și încurajează reflecția interioară) și reconstituirea (analizează și sintetizează informațiile). Deficitele de inhibiție comportamentală duc la rezultate ineficiente în rezolvarea problemelor datorate incapacității de a asimila și de a coordona informațiile generate din cele 4 arii. Deficitele de atenție selectivă caracteristică tipului neatent (cei cu timpul hiperkinetic-impulsiv) au probleme de a menține atenția mult timp.

Evoluția longitudinală: variabil, un diagnostic la 4 ani, persistă pentru toată școlaritatea. Influențele genetice în evoluția copiilor cu ADHD pot fi diagnosticate timpuriu. În adolescență se înjumătățesc numărul cazurilor, impulsivitatea scade cu vârsta se evidențiază lipsa de prieteni, de muncă și de activități constructive de timp liber, multe accidente, slabe rezultate școlare. Consum de substanțe în perioada adolescentă către adult, majoritatea nu mai îndeplinesc criteriile, pot să aibă inatenție, impulsivitate, comportamentul antisocial tinde să persiste sau se poate agrava din cauza cerințelor crescute ale mediului, eşecuri educaționale, profesionale, comportament de risc, dificultăți emoționale. Unii reuşesc în comerț, vânzări unde sunt bune abilități imediate. Se poate prezenta pentru prima oară ca ADHD în perioada de adult.

Factorii protectivi sunt inteligența foarte bună, educația foarte bună, dar problemele apar când vrea să intre în educația superioară sau să obțină promovarea.

Printre factorii predictori negativi se enumeră atitudinile ostile din partea părinților, agresivitatea celor de o vârstă, care poate prezice

dacă apar complicații agresive, de asemenea evoluția prelungită, prezența ADHD la alți membrii ai familiei.

Tratament. Vizează în general intervenția pe copil, familie și educatori. Reducerea trăirilor de vinovăție și iritare ale adulților este foarte utilă. Sfătuirea și evaluarea corectă trebuie să se asigure că în mediul familial există contacte pozitive între copil și părinți, așteptări clare pentru comportamentele adecvate sau sancțiuni pentru cele inadecvate. Simpla sfătuire către școală în privința managementului hiperactivității are efecte foarte bune.

Următoarele aspecte trebuie urmărite: medicația, terapia comportamentală răsplătirea diferențiată, ignorarea, *time-out*, și dieta.

Înainte de a decide tratamentul, clinicianul trebuie să evalueze severitatea tulburărilor comportamentale. Schimbările de mediu pot aduce ele singure mult ajutor celor cu forme mai ușoare de AHD. Pași simpli includ plasarea adecvată în clase mici, cu un profesor care ar putea furniza o cantitate de superviziune structurată și atenție unul la unul. Părinții să fie sfătuiți să stabilească o rutină a vieții, consistentă, regulată și cu răspunsuri consistente față de comportamentele bune: răsplătire și atentie, ori față de cele indezirabile (ignoră, retrage întăritorul sau folosește time-out). Aceste tehnici pot fi învațate de părinți în seminarii sau în vizite individuale. Copilul ar putea fi introdus în anumite programe de modificare a comportamentelor pentru reducerea comportamentelor impulsive.

Consilierea parentală ajută clinicianul să evalueze tăria relațiilor părinte/copil, reduce sentimentele de vinovăție, ajută părintele să vadă lucrurile obiectiv. Pentru cei cu tulburări mai severe se adaugă farmacoterapie.

Dobrescu si colab. 2005 propun următoarele metode de tratament:

• Intervenția timpurie, în perioada preșcolară care poate reduce riscurile;

• Program individualizat, cu colaborarea tuturor specialiștilor;

• Terapia comportamentală: constând într-un set specific de intervenții care modifică mediul fizic și social în care trăiește copilul. Are ca scop favorizarea comportamentelor dezirabile printr-un sistem de întăriri.

• Modificarea pattern-ului cognitiv disfuncțional sau al unor stări emoționale negative prin tehnici comportamentale sau terapie de joc.

În timpul ședințelor de consiliere sau psihoterapie copilul este învățat diverse metode prin care își poate optimiza viața de fiecare zi cu ajutorul părinților și al profesorilor, prin întărirea continuă a comportamentelor dezirabile.

Se instruiesc **părinții**, se instruiesc profesorii. Se informează ce este ADHD, care sunt mecanismele explicative, identificarea și combaterea miturilor, mâncatul ciocolatei, răsfățul, se explică comportamentul copilului, se învață tehnicile comportamentale. Trebuie create condiții optime pentru învățare, structura stabilă a ambianței și activităților, obișnuințe și întăriri imediate ale comportamentului și minimalizarea distractorilor

• Formarea **profesorilor,** implică în principal, aplicarea tehnicilor de management comportamental, crearea unui mediu structurat de activități și sarcini de lucru, banca întâi, structurare a programului în aceiași parametri, stabilitate, învățarea sistemului de întăriri cu puncte sau economia cu jetoane, utilizarea unui sistem periodic de evaluare, în prima etapă zilnică, a progreselor copilului pe care să le comunice atât copilului, cât și părinților.

Se face monitorizarea progreselor copilului cu prompteri vizuali în formă grafică, inteligibili pentru copii și părinți.

Dat fiind memoria de lucru scurtă, se fragmentează sarcina de lucru în subsarcini și implicarea copilului într-o subsarcină se face treptat cu intăriri imediate.

Copiii cu ADHD sunt influențați doar de consecințele imediate, au nevoie de întăriri imediate, recompense, economia de jetoane.

Este nevoie de oferirea de repere externe de percepție a timpului, calendar zilnic, săptămânal, ceas, clepsidra.

• Copiii au nevoie de autoreglare motivațională, emoțiile țintă sunt cele negative și nu sunt acceptate de comunitate. Copiii au o reactivitate emoțională mai ridicată față de un eveniment, dificultăți în anticiparea unor reacții emoționale viitoare, dificultăți de a acționa ținând de impactul comportamentului său asupra altor persoane, probleme de autoreglare motivațională, a arousal-ului și dependență față de sursele de motivație externă.

• Verbalizarea emoțiilor, denumirea lor se face cu ajutorul unor prompteri fizici, imagini cu expresii emoționale, trist, vesel, furios.

• Se va dezvolta limbajul intern care va influența autocontrolul, controlul prin limbaj, prin reguli: se manifestă în mai multe situații asupra sa, „acum sunt supărat, trebuie să mă stăpânesc, am să număr până la 10..." și crearea de noi reguli: „trebuie să mă stăpânesc și să stau la locul meu...". Controlul comportamentului prin limbajul celorlalți : „profesorul m-a rugat... trebuie să mă stăpânesc".

• Copiii cu ADHD au dificultăți în interiorizarea regulilor dintr-un context și de a-și ghida comportamentul pentru a atinge un scop, mai ales dacă regulile concurează cu unele recompense imediate. În consecință apar dificultăți în rezolvarea unor probleme sau în îndeplinirea unor sarcini dacă nu există răsplată imediată.

• Intervenția implică crearea unor reguli reamintite în permanență, prin prompteri externi: *periuța de dinți stă pe suportul ei.* Se acordă sprijin în reamintire dacă copilul nu reușește singur.

• Trebuie ajutați să realizeze comunicare eficientă și corecta a ceea ce s-a întâmplat, verbalizare bogată.

• Controlul motor, informațiile din mediu care nu au legătură cu scopul unui comportament sunt minimalizate, după ce a fost realizat un comportament de succes se reamintește data viitoare, pentru a fi readus în memoria de lucru. Analiza funcțională necesară cu antecedente și consecințe.

Pregătiri pentru intervenție

Prima etapă este **redefinirea problemei** (Carr, 1999) care poate avea consecințe pozitive.

Separarea problemei de persoană, cea mai obișnuită atitudine este asocierea identității copilului cu problema pe care o are, fără să se conștientizeze calitățile, abilitățile, competențele. De exemplu, tatăl poate zice „George este obraznic, impulsiv și neastâmpărat". Recomandarea este să se spună „George are dificultăți în susținerea atenției".

Reformularea, va oferi părintelui, profesorului și copilului o explicație științifică, coerentă, asupra cauzelor și mecanismelor tulburărilor. Se pornește de la ceea ce cunoaște deja părintele, profesorul. Unii părinți pot spune: copilul este leneș și neascultător. Dacă părintele înțelege că un comportament al copilului este datorat lipsei unei abilități de organizare și planficare și nu unei trăsături

personale care nu poate fi schimbată, atitudinea sa va fi mult mai pozitivă față de tehnicile comportamentale.

Redenumirea este etapa finală în care părintele și copilul dețin informații care pot să schimbe eticheta comportamentului (de exemplu, *nu și-a făcut ghiozdanul, este leneș*) cu o explicație reală coerentă (*are o problemă care este denumită tulburare hiperkinetică și deficit de atenție*). Aceasta creează perspectiva unor moduri constructive de abordare a comportamentelor problematice și sugestii de intervenții care facilitează adaptarea familiei și copilului la probleme.

Tehnici de intervenție comportamentală

TEHNICA	DESCRIERE	EXEMPLE
Întărirea pozitivă și Întărirea negativă	O întărire este acea situație sau acel stimul care survine după executarea unui comportament și care îi crește frecvența. Ea vizează menținerea sau creșterea unui comportament prin producerea unei stimulări. Întarirea negativă se referă la menținerea sau intensificarea unui comportament prin încetarea sau reducerea unui stimulări aversive	Copilul a realizat sarcina de lucru – comportament țintă a citit un text si i se oferă un timp de joc pe calculator; – comportamentul care funcționează ca o întărire pentru citit;
Time-out sau excluderea	Se referă la scoaterea unei persoane care a efectuat un comportament indezirabil dintr-o situație care are funcție de recompensă pentru copil	Un copil care a încălcat o regulă a clasei, de ex. a lovit colegul, va sta trei minute într-un loc special din clasă pentru a se liniști. Acest loc îi oferă prilejul de a observa consecințele neplăcute – nu se mai joacă cu colegii – ale unui comportament indezirabil (lovirea unui coleg)

Sancțiunea (cost-response)	Se referă la retragerea unor întăriri de care a beneficiat cineva, cum ar fi privilegiile, ca urmare a efectuării unui comportament indezirabil	Un copil care nu și-a realizat sarcinile propuse pentru acel moment pierde un privilegiu negociat cu părinții, de exemplu privitul la desene animate sau mersul în oraș cu prietenii
Economia de jetoane (token-economy)	Este o metodă ce combină sistemul de întăriri pozitive cu celelalte metode de modificare a comportamentului. Copilul primește o recompensă sau un privilegiu dacă realizează comportamentul dorit și pierde un privilegiu dacă realizează un comportament nedorit	Pentru fiecare comportament dezirabil, rezolvă o problemă, citește două fraze, copilul primește o recompensă simbolică, o steluță. Un comportament indezirabil: lovește colegul, semnifică pierderea unei steluțe. La sfârșitul săptămânii toate steluțele adunate pot fi transformate într-o recompensă materială, un premiu (o jucărie, vizionarea unui film la cinema cu părinții)

Strategiile cognitive (Wolraich 2004) sunt menite să ofere suport pentru optimizarea performanțelor școlare ale adolescentului Se adresează neatenției și au ca scop schimbarea parametrilor unei sarcini, redefinirea acesteia.

Fragmentarea unei sarcini complexe se va face în sarcini mai mici, mai ușor de realizat, în etape și subsarcini de rezolvat. Se pot utiliza repere temporale vizibile, într-un spațiu vizual vizibil, un afiș în fața biroului cu etapele și sarcinile realizate și cele ce urmează de realizat. După fiecare sarcină realizată copilul sau adolescentul este învățat să se autorecompenseze, să își ofere o recompensă.

Utilizarea unui calendar săptămânal și lunar este o metodă de structurare a sarcinilor și evenimentelor relevante (notează în fiecare zi la ce oră merge la școală, orarul de la școală, activitățile extrașcolare, de relaxare, de timp liber petrecut cu prietenii, activitățile din weekend.

Calendarul sau prompterul vizual este realizat de către copil cu sprijinul adultului și este structurat pe intervale de ore. Se poate

realiza o grilă de automonitorizare cu un calendar pe zile și mai multe activități 4-5 și există „fețe zimbitoare" care vor fi colorate numai dacă a reușit sarcina.

Gruparea sarcinilor poate ține de regula lui Premack. *Alegerea unei sarcini plăcute și efectuarea ei imediat după efectuarea unei sarcini mai puțin plăcute crește probabilitatea efectuării sarcinii neplăcute. De exemplu, citirea unui text pentru școala de 15 minute după care urmează privitul unui desen animat.* Întrucât acest lucru nu este posibil mereu, se preferă și economia jetoanelor cu puncte acumulate sau steluțe ce se transformă în comportamente plăcute.

Uneori este necesar suportul unui meditator, care poate fi un elev mai mare sau un profesor. El are rolul de a-i reaminti diversele etape ale pregătirii și de a-l ajuta în structurarea materialului de învățat.

Controlul stimulilor și reducerea elementelor ce distrag atenția de tipul muzică, obiecte preferate, alte persoane. Să nu fie substimulare.

Modul în care se vede un copil cu ADHD pe sine, imaginea de sine și reprezentarea comportamentului său diferit trebuie îmbunătățit prin prezentarea de broșuri cu date informative care să îl ajute să își explice modul diferit de a acționa în diferite situații și să învețe ce poate face ca să aibă o bună activitate școlară și academică. Modul disfuncțional de a gândi despre sine (sunt copil rău și leneș) are consecințe negative asupra sănătații sale mintale.

Aplicațiile la mediul școlar sunt foarte valoroase (*Copilul neascultător, agitat și neatent*, Iuliana Dobrescu și colab, Ed. InfoMedica, 2005, pag 164-170).

Tratamentul poate fi:

– medicamentos cu ritalin, concerta și strattera, posibil și alte formule în raport cu simptomele dominante și comorbiditatea,

– educațional: psihoterapie comportamentală.

Tratamentul combinat are rezultate maxime. El trebuie urmat timp de ani de zile. Este de așteptat ca în timp, în condiții de viață favorabile, fără stres și cu educația conformă principiilor moderne, să se obțină îmbunătățirea stării de sănătate mintală și o adaptare apropiată de normal sau chiar normală.

Problemele de conduită se înscriu în tulburările de externalizare care sunt foarte vizibile prin aspectele zgomotoase reacţiile agresive şi de intimidare fizică şi psihică. Copiii par scăpaţi din frâu. În ceea ce priveşte agresivitatea, studiile longitudinale (Tremblay şi alţii, 1999) au arătat că apogeul actelor de agresivitate sunt la vârsta de 2 ani şi se reduc pe măsura socializării copilului. La unii copii se menţine însă un model de comportament stabil ce durează până târziu în adolescenţă. Reacţiile agresive pronunţate par să dureze mai mult la copiii la care debutul este precoce. În primii 3 ani de dezvoltare (Aguilar şi colab 2000) s-au găsit următoarele caracteristici familiale favorizante: ataşamentul evitant, depresia persoanei de îngrijire, stresul, nivelul socio-economic scăzut, sensibilitatea persoanei de îngrijire.

Tulburările de comportament disruptiv descrise în DSM IVTR, ce au în comun agresivitatea, ca tulburări de externalizare, sunt tulburarea opoziţionismului provocator şi tulburarea de conduită. Ele au totuşi constelaţii de simptome distincte.

Tulburarea opoziţionist-provocatoare are debutul mai timpuriu, de obicei între 4-8 ani, în timp ce tulburările de conduită apar mai târziu, cu simptome înainte de 10 ani. 75% dintre copiii cu tulburare opoziţionist-provocatoare nu ajung la tulburări de conduită. Ele diferă calitativ, tulburările de tip opoziţionist provocatoare dau comportament agresiv şi opoziţionist, în timp ce la tulburările de conduită esenţa este nerespectarea autorităţii şi încălcarea legilor. Opoziţia înseamnă că este irascibil, încăpăţinat, certăreţ, sfidător, deranjant, în timp ce nerespectarea autorităţii înseamnă absenţe nemotivate, evitarea sarcinilor, încălcarea regulilor, înjurături. Atitudiunea din tulburarea opoziţionist-provocatoare: sfidează, se bate, îi învinovăţeşte pe alţii, este plin de cruzime sau dispreţuitor. Tulburările de conduită pot produce încălcări ale legii, vandalism, furt, incendiere.

În concluzie, este important de stabilit diagnosticul de ADHD, chiar în cazul unor tulburări în care subiectul vine în contact cu legea, permite definirea unui program terapeutic complex care include familia şi copilul şi presupune informare, medicaţie, educaţie.

TULBURAREA OPOZIŢIONIST-PROVOCATOARE

Constantin Oancea

Elementul esenţial al tulburării îl constituie un model recurent de comportament negativist, provocator şi ostil faţă de persoanele reprezentând figuri de autoritate, care persistă cel puţin şase luni. Tulburarea necesită apariţia frecventă a cel puţin patru din următoarele comportamente: pierderea cumpătului, certuri cu adulţii, sfidarea sau refuzul activ de a se supune regulilor adulţilor, comiterea deliberată a unor lucruri care vor supăra alţi oameni, blamarea altora pentru propriile sale erori sau purtare, a fi susceptibil şi uşor agasat de către alţii, a fi coleros şi plin de resentimente, a fi ranchiunos şi vindicativ.

Trăsătura esenţială este nesupunerea faţă de figurile de autoritate, cel mai adesea faţă de părinţi, pot eventual să includă profesorii sau alte figuri de autoritate. S-a diagnosticat sub formă de tulburări pasiv-agresive. Debutul este timpuriu, în copilărie, când copilul este greu de liniştit. Părinţii îl percep adesea ca pe un copil rău sau dificil şi anticipează răspunsuri nerăsplătitoare sau de nesupunere. Experienţa internă a copilului este de neajutorare, inutilitate şi frustrare.

Părinţii încearcă să câştige controlul prin insistenţa asupra supunerii în anumite arii de funcţionare ca: vorbirea, mâncarea, somnul şi controlul sfincterian, menţinerea curată a camerei, a curăţeniei, a nu întrerupe o discuţie, a face treburi domestice. Sunt explozii de efort părintesc de a menţine controlul cu pedepse adecvate şi consecinţe, ameninăţări care escaladează atmosfera. Părinţii îşi pierd adesea controlul ca răspuns la provocările continue ale copilului. Ei regretă adesea pierderea controlului şi într-un efort de reparaţie răsplătesc şi gratifică perioada de după explozia comportamentală.

De obicei, copiii au rezultate şcolare scăzute, eşuează în efectuarea temelor sau le încep prea târziu. Părinţii anxioşi încearcă să compenseze imaturitatea copilului sau slaba organizare prin presiuni mai mari în efectuarea lecţiilor, de multe ori copiii apar ca proşti. În timp, copiii continuă să provoace părinţii, apoi şi pe profesori, rezultând o varietate de răspunsuri mânioase, pedepsitoare şi critice în timpul cărora copiii se ceartă, blamează, îşi pierd cumpătul. Ei experimentează adesea eşecul adaptativ care, asociat cu criticismul cronic, duce la stimă de sine joasă sau la una exagerată.

Negativismul excesiv apare mai des când părinţii sunt foarte critici, supraautoritari sau îi corectează des, la copiii supraprotejaţi, blocaţi în acţiune. Poate exista un cerc vicios în care părintele şi copilul arată ceea ce este mai rău în fiecare. Iniţial este o retracţie a copilului, apoi învaţă să refuze, iar minciuna defensivă este banală.

Tehnica amânării, lent şi fără voinţă sau rezistenţă este când se face că nu aude. De multe ori pentru lipsa de răspuns la solicitări, fac şi examen ORL, pentru a se verifica dacă nu sunt surzi. Unii fug de răspundere şi spun „eu nu pot". Tulburarea este mai frecventă în familiile în care îngrijirea este fărâmiţată între mai mulţi adulţi, în cele în care educaţia este aspră, pedepsitoare, inadecvată, neglijentă.

Când sunt pasivi-agresivi ignoră sistematic rugămintele repetate ale celor din jur de a face un anumit lucru, încăpăţânare persistentă, rezistenţă la îndrumări. Ei nu acceptă compromisuri, refuză să cedeze fie chiar şi numai puţin şi de foarte multe ori refuză negocierea. Provocarea poate include testarea deliberată sau persistentă a limitelor toleranţei, de regulă prin ignorarea ordinelor, ceartă şi incapacitate de a accepta blamul pentru relele comise.

În multe cazuri, copilul intră în conflicte puternice cu părinţii, se creează un stres intens de ambele părţi. În multe cazuri părinţii adoptă metode dure coercitive şi negative pentru a contracara comportamentele agresive şi sfidătoare ale copiilor. Rezultatul este că asemenea practici contribuie la perpetuarea problemei (Patterson şi colab 1991). Copiii îi învinovăţesc pe ceilalţi şi îşi justifică acţiunile motivând că sunt generate de cerinţele nerezonabile ale celor din jur.

Aceşti copii au comportamentul opoziţionist întâi acasă, apoi cu alţi adulţi, răbdarea celor din jur fiind întinsă la maximum. Aceşti copii îi supără, îi agasează intenţionat pe ceilalţi, în special pe copiii cu care

sunt familiari, pe fraţi care devin la rândul lor surse de intimidare şi de agresiune verbală.

Ostilitatea, sentiment cu impuls de distructivitate faţă de alţii, se regăseşte, periodic, faţă de surori, părinţi, tovarăţi de joacă.

Tulburările sunt aproape constant prezente acasă, pot să nu se observe la şcoală sau în comunitate. Sunt mai evidente cu adulţii pe care îi cunoaşte mai bine. Ei înşişi nu se consideră ca opoziţionişti sau provocatori, îşi justifică purtarea ca răspuns la cererile lor de fapt absurde. Evoluţia devine evidentă înainte de opt ani. Numărul simptomelor de opoziţionism creşte cu vârsta şi cu circumstanţele. Când comportamentul opoziţional creşte, se poate ajunge la mutism electiv sau se adaugă tulburări de tip enurezis, encomprezis, tulburări de somn. În copilărie opoziţia este mai frecventă la bărbaţi, la care simptomele sunt mai zgomotoase, apoi rata se egalizează cu femeile.

În timpul anilor de şcoală pot exista: labilitate afectivă, toleranţă scăzută la frustrare, uz precoce de alcool, droguri ilicite. La bărbaţi tulburarea este mai evidentă la cei care în perioada preşcolara au avut comportamente problematice, irascibilitate, crize de afect sau activitate motorie crescută.

Tulburări concomitente. Tulburarea de hiperactivitate este comună cu tulburarea opoziţionist-provocatoare. Ea apare la 75% din cei cu ADHD. Tulburarea de opoziţie este frecvent asociată cu depresia. Poate apărea şi în asociere cu hipomania. La unii copii cu anxietate de separaţie poate fi întâlnită şi tulburarea opoziţionist-provocatoare, copiii pot fi adesivi. În tulburările de anxietate de separaţie, la adolescent pot să apară tulburări opoziţionist-provocatoare. Pot să aibă şi tulburări de învăţare şi comunicare.

În foarte multe cazuri, tulburarea opoziţionist-provocatoare este precursorul tulburărilor de conduită.

Există un model familial: este mai frecventă în familiile în care cel puţin un părinte are istoric de tulburare afectivă, opoziţionism provocator, ADHD, personalitate antisocială, consum de substanţe. Mamele cu tulburări depresive ar avea copiii cu opoziţionism provocator. Mai frecventă în familii cu dezordine maritală.

Etiologie. În procesul de individuaţie ar exista un conflict maturaţional între nevoile de independenţă, autonomie şi cele de

dependenţă. Fiind opoziţionişti, unii copii îşi afirmă independenţa în timp ce în mod inconştient nesupunerea lor provocatoare stimulează în figurile de autoritate, părinţi, să facă eforturi de a câştiga supunerea oferind odraslelor atenţie suplimentară şi o gratificare a dependenţei.

În teoria comportamentală tulburările ar fi legate de reîntărirea negativă, pedepse exagerate, atenţie critică, cicăleala care ar creşte rata comportamentelor de nesupunere. De introdus ignorarea ca formă de non-răsplată a copilului care poate reduce din utilizarea metodelor de opoziţie pentru câştigarea atenţiei din partea celor din jur.

Diagnostic. Pentru a fi desemnate drept tulburarea opoziţionismului-provocator, comportamentele trebuie să survină mai frecvent decât se întâmplă la indivizii de etate şi nivel de dezvoltare comparabile şi să ducă la deteriorarea semnificativă în funcţionarea socială, şcolara şi profesională. Nu sunt catalogate ca atare dacă survin în cadrul unei tulburări psihotice sau afective sau în cadrul tulburărilor de conduită sau de hiperactivitate, ADHD.

Tratamentul vizează o combinaţie între terapia individuală şi familială psihodinamică şi metode de terapie cognitiv-comportamentală. Cel mai bine opoziţionismul se tratează în grup, fără adresare directă. Ex.: Se merge la masă fără să se invite personal copilul, „mergem la masa". El va face ceea ce fac şi alţii.

Este necesar un program de instruire pentru părinţi, elaborarea de programe de întărire pentru atenuarea comportamentelor indezirabile şi creşterea celor dezirabile (vezi ADHD). Brestan şi Eyberg (1998) au dezvoltat două programe eficiente, unul de dezvoltare a abilităţilor copilului de a rezolva problemele şi unul care vizează controlul furiei. Perfecţionarea abilităţilor se realizează într-un program cu multe sedinţe. Programul PSST Kazdin 1996, (Problem Solving – Skills – Training) în 20 de sedinţe, copiii sunt învăţaţi să rezolve probleme într-un mod previzibil şi logic. Programul Coping Power (Larson şi Lochman, 2002) cuprinde 33 de sedinţe concentrate asupra managementului furiei.

Se consideră că programele ar trebui să se concentreze asupra deficienţelor cognitive specifice copiilor. Greene şi Ablom 2003 au elaborat un program de intervenţie (Collaborative Problem Solving) care se concentrează asupra deficienţelor copiilor în reglarea emoţiilor, toleranţa la frustrare, rezolvarea problemelor şi flexibilitate.

Această afecțiune este deosebit de rezistentă la tratament, iar programele nu țin seamă de factorii contextuali din familiile cu risc ridicat. În general, familiile sunt foarte stresate şi părăsesc, de multe ori, programul înainte de vreme. Părinții trebuie să-şi dea seama ce anume din comportamentul lor în relația cu copiii declanşează reacția de opoziție. Este un proces lent cu multe şedințe, solicită răbdare şi consemnarea evenimentelor indezirabile în modelul ABC şi D, pentru a identifica mai bine mecanismul, circumstanțele, reacția copilului şi reacția celor din jur, şi apoi găsirea de alternative non punitive, diferite de modul în care a acționat înainte, cu efecte pozitive pe termen scurt şi lung.

TULBURĂRI DE CONDUITĂ LA COPIL

Constantin Oancea

DEFINIȚIE/ CONCEPTUL DE CONDUITĂ

Conduita (P.Janet) reprezintă o componenta de conştiinţă, tipic umană, implică existența capacității psihice şi a simțului moral. La copil şi adolescent, capacitatea psihică şi conştiința morală se formează treptat ca rezultat al educației şi al experienței sociale în raport cu posibilitățile intelectuale. De aici nevoia aprecierii locului de proveniență, a familiei, a calității vieții familiale. Comportamentul este un concept mai larg (vezi comportamentul sexual, alimentar), ce are un ciclu de realizare (motivare internă, comportament apetitiv, stimuli declanşatori, consumare, satisfacție).

În practică, termenul de tulburare de comportament este larg utilizat de medicii de medicină generală şi se referă la orice abatere şi adesea la simptome psihiatrice (vezi ticuri). Este folosit pentru tulburări de intensitate diferită, cu oarecare largheţe, mai ales în mediul şcolar, şi se referă la abateri disciplinare, chiul, agresiuni, furturi etc.

Prevalența. În ultimele decenii tulburările de conduită au crescut mult: la băieții sub 18 ani, de la 6% la 16%, la femei, de la 2% la 9%. Se constată o predominanță netă în mediul urban, în anumite medii sociale, primitive, cu probleme culturale şi în periferii. Reprezintă o mare problemă socială, datorită delincvenței în creştere (30% din delincvenții juvenili devin recidivişti), fiind unul din motivele frecvente de examinare în instituțiile de sănătate mintală.

Repartiția pe sexe: băieții au tendințe de vandalism, altercații fizice şi multe probleme de disciplină la şcoală, iar fetele au probleme cu prostituția, fug de acasă, consumă substanțe.

Conceptul de tulburare de conduită se referă la un mănunchi de tulburări din sfera socială cu o anumită consistență, repetitive și de durată.

Pentru a delimita mai strict domeniul, DSM IV a stabilit că tulburările de conduită reprezintă un pattern persistent și repetitiv de comportamente în care sunt violate drepturile fundamentale ale altora sau regulile sociale majore. Comportamentul antisocial este o problemă și afectează semnificativ funcționarea de fiecare zi, acasă sau la școală, sau pe cea profesională. Ca urmare, copiii nu mai pot fi controlați de către persoanele semnificative cu rol în educația acestora.

Fiind legate de procesul de adaptare socială versus dezadaptare, tulburările de conduită impun luarea în considerare a unor variabile specific umane în care intră un set de norme și reguli sociale, de obiceiuri care ordonează cultura și societatea respectivă, modul în care grupul social în care trăiește copilul le respectă și le transmite prin educație. Importanță mare are și exemplul adulților și, în fine, particularitățile subiectului, vârstă, sex, capacitate intelectuală, de înțelegere și de asimilare, trăsăturile sale și etapa de dezvoltare a personalității în care se găsește.

Se manifestă în cel puțin patru domenii : conduita agresivă, conduită care duce la pierderea sau prejudicierea proprietății, fraudă sau furt, violări serioase ale regulilor. Tulburările trebuie să se manifeste cel puțin 6 luni (DSMIV). În practică, diagnosticul se pune mult mai repede. Tulburările se manifestă într-o varietate de circumstanțe: familie, școală, comunitate, ca rumare, de multe ori este nevoie de informații din mai multe surse. Tulburările se plasează de-a lungul axului internalizare/externalizare către exprimarea în afară a dezechilibrului emoțional așa-numitul *acting-out,* spre deosebire de axul *acting-in*, emoții internalizate, în somatizare (nevroze).

Există un mănunchi de simptome care pot avea multiple semnificații, printre ele se numără instabilitatea, iritabilitatea, comportamentul agresiv, minciuna, furtul, chiulul și dezinteresul școlar, fuga și vagabondajul, actele delictuale.

Debutul este de la 5-6 ani, dar de regulă mai târziu în copilărie și precoce în adolescență/ preadolescență, rareori după 16 ani.

Instabilitatea se manifestă printr-o nevoie de mișcare, neliniște motorie, tensiune fizică, și se întâlnește la majoritatea copiilor cu

tulburări de conduită. În forma cea mai bine individualizată poate fi un nucleu de ADHD cu toată simptomatologia aferentă. Totodată, instabilitatea poate exprima starea de tensiune internă, de activare cerebrală, care face dificilă activitatea organizată, învățătura; reacționează agresiv față de alții. Au un comportament

Comportamentul agresiv și reacționează agresiv față de alții. Comportament insolent, amenințător, intimidant, inițiază frecvent bătăi, uzează adesea de o armă care poate răni, pot fi cruzi cu oamenii sau cu animalele, torturează, comit acte de banditism, violuri. Pot merge pînă la comportamente sadice, izolat sau în grup, pot săvârși omoruri, distrugere deliberată a proprietății altora, incendierea deliberată cu intenția de a cauza un prejudiciu, vandalism.

Indivizii cu tulburări de conduită pot avea puțină empatie sau milă față de alții, față de sentimentele lor. În situații ambigue, agresivii pot percepe situația ca fiind mai ostilă și pot să reacționeze exagerat. Sunt cruzi, fără sentimente de vinovăție. Pot să își trădeze companionii și să blameze pe alții pentru propriile abateri. Stima de sine este de regulă scăzută deși încearcă să dea impresia de duritate. Toleranță scăzută la frustrare, iritabilitate, accese de furie. Alcoolul și consumul de substanțe pot agrava riscurile agresive, mergînd pînă la pierderea discernământului. Rareori sunt cuprinși de remușcări sau empatici, sunt foarte puțin sensibili la gândurile și sentimentele altora. De multe ori mimează sentimentul de vină sau remușcare pentru a preveni o pedeapsă mai mare sau a împărți răspunderea cu tovarășii lor.

Iritabilitatea, crizele de minie. Sunt foarte frecvente mai ales la vârstă mică, copilul stă pe podea, țipă, lovește. Copiii care au descoperit că aceste crizele de mânie le aduc avantaje, fac frecvent crizele. Copiii care au avut boli somatice prelungite în perioada preșcolară, continuă să aibă crize de mânie, pentru că nu sunt dispuși să tolereze frustrarea. Factorii declanșatori pot fi supracriticismul, supraanxietatea, grija exagerată a părinților. Criza poate fi situațională, copilului i se cer anumite lucruri în mod brusc. Crizele se pot condiționa și declanșa treptat la iritații minore legate de situații neplăcute sau de persoane iritante. Multe crize sunt imitate dacă există un adult care se comportă așa. Mai pot să apară în condiții de foame, oboseală, sau în sindroamele psihoorganice cerebrale, la copiii retardați care au dificultăți de comunicare.

Ca şi management se recomandă atitudine consistentă a părinţilor, respect faţă de drepturile altora, distanţare faţă de copil, mai puţine contacte fizice, mângâieri, când este agresiv, planificarea activităţilor. Tratate cu calm şi răbdare, înţelegători, ignorare spre a nu mai câştiga avantaje din crizele de mânie, răsplată pentru comportamentele pozitive.

Agresiunea excesivă a copilului are ca scop stăpânirea unei situaţii, depăşirea unui obstacol, distrugerea unui obiect. Se manifestă prin acte, vorbe sau gânduri. Impulsul agresiv este însoţit de: tensiune neplăcută (ca în ură, mânie, gelozie, inamiciţie, duşmănie, atac, sfidare, nesupunere, iritabilitate); trăire de superioritate (ca în negativism, distructivitate, ameninţare, stăpânire şi supraputere); şi trăiri plăcute (cum ar fi sarcasm, persecutarea cuiva, hărţuirea, cruzimea).

Agresivitatea excesivă poate fi un răspuns la toleranţa parentală excesivă, la supraprotecţie când este asociată cu rejecţie sau la supraautoritarianism. Agresivitatea excesivă este stimulată de pedepse mari, când regulile sunt neclare, când există conflicte educaţionale între părinţi. Copilul agresiv încearcă să domine orice situaţie, ca urmare, poate recurge la ţipete, loviri, crize de mânie, de afect. Când părintele alege să se supună, crizele se vor repeta. Există şi agresivitatea mascată, acoperită, când copiii se pot retrage, pot distruge lucruri în secret, tăierea hainelor persoanelor, etc. Copilul îşi poate exprima agresivitatea atacând o persoană iubită sau indirect, prin afectarea altei persoane la care ţine aceasta. Limbajul obscen este un mod de a câştiga atenţia, învaţă după exemplul adulţilor. Unii sunt agresivi acasă, dar ruşinoşi în public.

(Sears) spune că trebuie comunicat clar părinţilor că asemenea comportament este nedorit şi neacceptat. Atitudinea tolerantă îl promovează, precum şi evitarea pedepselor fizice, calm şi neimplicare emoţională în timpul crizei. Nu se pretinde raţiune în timpul crizei. Se aşteaptă apoi să încearcă să se înţelegă situaţia care a provocat criza. Se discută atunci la rece. Pot fi date copilului şi activităţi de descărcare precum *ciocăneşte, taie*.

Agresiunea fizică de obicei la adolescent se manifestă prin bătaie, tâlhărie, tentativă de omor, delicte sexuale, individual sau în grup (preponderenţă 8/1 a băieţilor).

Vitiello şi Stoff (1997) au descris două tipuri de agresiune: *una deschis ostilă*, manifestată prin comportament impulsiv, adesea

reactiv, față de un atac real sau perceput ca atare de un copil excitat și *una acoperită, controlată,* proactivă care este inițiată de agresor pentru a obține avantaje pentru sine. Printre motivații se pot enumera: răzbunarea, dominarea, exprimarea pulsiunilor sadice, afirmarea socială a puterii.

Declanșarea agresiunii poate rezulta din combinația între o excitație puternică și o frustrare gravă, se poate ajunge la furia oarbă cu îngustarea conștiinței și discontrol episodic, consum de alcool.

În trecutul adolescenților agresivi există respingere parentală precoce, frustrări grave, abuz fizic din partea educatorilor. Copilul învață că agresiunea este un mod de a reuși în viață. Lewis (1991) a arătat că maltratarea în copilărie este la originea unor comportamente violente prin reducerea serotoninei cerebrale și reducerea emoțiilor. Dopamina și testosteronul stimulează comportamentul agresiv și paranoia. Maltratarea precoce poate crea un adult impulsiv, iritabil, paranoid cu inabilitatea de a recunoaște și a experimenta propria durere precum și a altora. Agresiunea depinde și de dezvoltarea fizică impunătoare a adolescentului (P. Graham, 1999).

Vandalismul este un comportament patologic irațional, frecvent în orașe, zone marginale, zone disfuncționale cu multe persoane-problemă. Comite un act ostil deliberat, singur sau în grup, adresat mediului. Ar fi justificat prin insatisfacție, trăire agresivă resimțită față de lumea adultă care nu îi permite să se elibereze în mod acceptabil. În mediile social permisive, unde nevoile de bază ale familiei nu sunt îndeplinite, există și un spirit de rebeliune.

Punerea de foc (piromania rară) presupune trăiri ostile agresive ale copilului față de părinții săi, incendierea clădirilor (rar, extrem de grav, vârful maxim la 13 ani, de 5 ori mai mulți la băieți).

Frauda sau furtul sunt banale, pot reprezenta o spargere, minciună, promisiuni pentru a obține avantaje, evită plata obligațiilor, păcălește, fraierește, fură lucruri de valoare. Exista violări ale regulilor familiale, școlare, sociale. Furtul reprezintă cam 70% dintre fraudele minore, furtul se desemnează după ce la copil a apărut noțiunea de proprietate și noțiunea de bine/rău, conștiință morală, cam în jurul vîrstei de 6-7 ani. Există o gradație în actele de furt de la cele mai insignifiante, către cele grave. Ca semnificație ar exista o anumită revendicare față de obiect, legată de carențe afective, de abandon intrafamilial sau real, de separare parentală, de extremă

rigoare sau demisie educativă. Mama, de regulă, ar fi prima persoană furată. Când mama dezamăgeşte copilul, ca un fel de revendicare, acesta crede că are drepturi asupra ei – ar fi un fel de revendicare.

Conduita părinţilor în cazul comiterii furtului de către copil este esenţială. Dacă printr-o rigiditate excesivă copilului i se conferă statutul de hoţ, acesta riscă să devină suspect permanent, se închide într-o conduită masochistă repetitivă şi va continua. Nici toleranţa nu este prea bună, întrucât copilul se va simţi scuzat, acceptat.

Furturile pot fi produse alimentare, bani, obiecte cu anumită valoare de întrebuinţare. Furturile de acasă sunt în general tolerate, se poate produce o reacţie de perplexitate din partea părinţilor.

Rich descrie patru semnificaţii ale furtului la adolescenţi. 1. furturi prădătoare care implică 2-3 băieţi care fură întâmplător, când apare ocazia; 2. furturi doveditoare comise de unul singur pentru a-şi dovedi masculinitatea; 3. furtul de compensare, de reconfortare: fură de la părinţi în scop de pedepsire pentru sentimente rănite; 4. furturi planificate, profesioniste.

Furtul generos (de tip haiducesc): dacă copilul fură de la cineva şi dă la altcineva care nu are. Aceşti copii prezintă probleme de stimă de sine, pentru îmbunătăţirea imaginii de sine. Furtul prădător şi impulsiv apare în familiile defavorizate, iar cel doveditor în familii înstărite cu mamă exagerat de iubitoare şi tată autoritar. Unele furturi au semnificaţie simbolică, aşadar plăcerea de a fura şi dorinţa de a se exprima apar ca un limbaj. Cleptomania este actul prin care fură lucruri fără valoare, aceleaşi ca şi colecţionismul. Există o problemă a dorinţei de posesiune, care la copilul mic trebuie identificată şi satisfăcută.

Alte semnificaţii importante ale furtului sunt: furtul prin **imitaţie, de necesitate** pentru satisfacerea unor nevoi stringente caracteristice perioadelor de vagabondaj, la cei cu posibilităţi materiale precare (fură mâncare), furtul ca reacţie de **compensare/ supracompensare** – afirmare, pentru câştigarea prestigiului faţă de grup, furt ca **reflectare a ostilităţii, răzbunare** sau represalii pentru un prejudiciu suferit (situaţia copilului care i-a furat învăţătoarei 200 de lei pe care i-a rupt şi i-a aruncat), furt ca modalitate de **asigurare a unei existenţe parazite, furtul generos** (exemplu: fură stilouri de la colegii de clasă şi le face cadou la cei mici că nu au „săracii").

Furtul este considerat a avea la bază o **carență afectivă, trăire de neglijare** și aduce cu sine importanța răsplății: împlinirea rapidă a unei nevoi și succesul acțiunii, păcăleala păgubașului care îi dă hoțului iluzia inteligenței, valorii și capacității ieșite din comun în raport cu alții. Carența afectivă este punctul de plecare pentru o intervenție terapeutică.

Minciuna este o acțiune premeditată de a altera adevărul. J. Piaget spunea că nu există înainte de 6 ani, pentru că nu ar distinge realitatea de fantezie. Se descrie minciuna utilitară (ascunderea adevărului pentru a se proteja, învățată de la adulți), minciuna compensatorie (subiectul inventează o imagine favorabilă: familie mai bogată, își atribuie merite sportive), mitomania, tendința patologică de a crea istorii imaginare (este erou de necrezut).

Fuga de acasă sub forma vagabondajului. Există violări ale regulilor familiale, școlare, sociale. Încă înainte de 13 ani, vin târziu acasă, lipsesc noaptea, fug de acasă noaptea. Inițial începe cu hoinăreală, fuga apare după 6-7 ani. Când fuge de acasă, copilul nu are nici un scop, rătăcește în locuri sociale.

Poate fi **fugă reactivă** – o fugă în condiții familiale și sociale foarte proaste. Copilul fuge la rude pentru protecție, are o existență traumatizantă, lipsită de căldură, cu pedepse și amenințări, scandaluri. Unii sunt profund nemulțumiți de viața din familie și se desprind complet de aceasta.

Fuga de plăcere apare ca o aventură în care se îndepărtează de familie, vagabondează, se atașează de copiii străzii cu psihologia lor aparte, izolați, egocentrici. Elementul sigur îl reprezintă frecvența mare a rupturilor pe care copilul le-a suferit în viață, divorț, separare a părinților, abandon, plasamente repetate, mutări numeroase, toși aceștia fiind factori preponderenți la copilul mic. La adolescent, dorința de aventură, autonomie, reprezintă o etapă de predelincvență. Fuga poate să fie **impulsivă** ca o trecere la act, o descărcare motorie a unei tensiuni conflictuale, **fuga premeditată** imaginată în fața unor condiții de viață în suferință, plasamente repetate în care nu se solicită opinia copilului, acesta fiind ignorat.

Fuga de la școală, în context anxios poate duce la o fobie școlară, dacă este ignorată de familie, deoarece copilul vine acasă la ora firească. Represiunea la adolescent duce la o recrudescență a absențelor, ca urmare este foarte greu de definit o conduită parentală.

Tulburările şcolare pot fi sub forma dezinteresului şcolar, chiulul, întreruperea şcolii, exmatriculare, conflicte cu colegii, profesorii. Copiii au performanțe şcolare mult mai scăzute decât aşteptările. Pot avea şi tulburări de învățare. Pentru cei mai în vârsta pot fi probleme de adaptare în muncă, prin chiul.

Pentru copiii de vârstă şcolaă, tulburarea de conduită se asociază cu debut precoce al comportamentului sexual, băut, fumat, uzul de substanțe ilegale (droguri), acte imprudente, condusul imprudent al maşinii, probleme medico-legale, boli transmisibile pe cale sexuală, sarcină nedorită.

Concomitent pot apărea tulburări anxioase de tipul celor legate de afective, ideație suicidară, precum şi dificultăți de conviețuire cu familia.

Clasificare :

- tulburări de conduită primare (reprezentând manifestări psihopatologice de nucleu);
- tulburări de conduită secundare (reprezentând manifestări de însoțire ale altor boli psihice precum psihoze, oligofrenie, epilepsie).

Jenkins a clasificat grupul delincvenților juvenili în raport de prezența agresivității şi de calitatea procesului de socializare în tulburări de conduită *socializate*, (săvârşite în grup), *nesocializate*, (solitare cu un mare grad de agresivitate) şi *mixte*. În tulburările de conduită izolate, nesocializate, cu delincvență ar exista conflicte nerezolvate cu figura maternă. Copiii nesocializați sunt izolați, nu au prieteni, nu colaborează cu alții.

Alte clasificări clasice pornesc de la factorii etiologici reputați şi diferențiază:

- tulburări de conduită predominent reactive la condiții nefavorabile de mediu;
- tulburări de conduită organice;
- tulburări de conduită de etiologie predominent genetică (viitoare psihopatii).

În raport cu durata lor ele pot să fie tranzitorii sau stabile, structurate. În cazul formelor tranzitorii se diferențiază grupul reacțiilor patologice, iar în cele structurate se încadreaza tulburările de personalitate, de caracter.

În funcție de severitate, sunt mai multe forme:

• ușoară – sunt îndeplinite puține criterii, răul produs este mic;

• moderată;

• forma severă, când sunt îndeplinite majoritatea criteriilor de diagnostic, răul este semnificativ.

În raport cu categoriile de comportament – explicit/implicit, destructiv/nedestructiv Loeber și Kenan (1994) a definit mai multe subtipuri de tulburări de conduită :

Comportament de conflict cu autoritatea, ca și în cazul tulburării opoziționist-provocatoare, subiecții au o atitudine sfidătoare și încalcă regulile, însă nu le fac rău celorlalți (de exemplu chiulesc de la școală, fug de acasă);

Comportament implicit – subiecții încalcă regulile (fură din magazine, acte de vandalism) dar nu sunt violenți cu alții.

Comportament explicit – sunt agresivi de la o vârstă mai mică și continuă actele agresive față de ceilalți.

Comportamentul dual implicit și explicit – încalcă regulile și comit acte agresive.

Comportamentul trial, combinații ale celor trei – are prognosticul cel mai grav, la cei cu comportament dual, cea mai mare probabilitate de a ajunge la delincvență. La cei cu comportament explicit, dacă intervenția terapeutică eșuează, agresiunile cresc în frecvență și intensitate, crește numărul infracțiunilor, eșecurilor adaptative în adolescență. Copiii care se luptă cu autoritatea continuă să se lupte cu reprezentanții acesteia dar au un prognostic mult mai bun.

Etiologie:

1. Factori genetici – există studii de concordanță la monozigoți, la copiii adoptați care au un părinte biologic cu comportament antisocial. Studiul Stockholm arată un risc de 1.9 mai mare de criminalitate pentru cei cu un părinte biologic criminal.

Polimorfismul genetic deviant pentru cei care au un temperament dificil (Rutter 1964), riscul crește dacă există un părinte antisocial. Factorii de personalitate, instabilitatea de dispoziție, agresivitatea, impulsivitatea pot fi apreciați numai în legătura cu factorii de mediu. Se spune că temperamentul poate fi numai moderat heritabil. Probleme de neuromediatori, creșterea testosteronului ar

avea efecte în creşterea nivelului de agresivitate, tot aşa funcția serorotoninergică implică în agresivitatea episodică. De asemenea, nivelul scăzut de DBH Dopamin beta hidroxilază care catalizează trecerea dopaminei în noradrenalină poate determina praguri mai joase pentru comportamentul de căutare de senzații la unii copii (Quai, 1986).

2. Factorii organici cerebrali cu complicații perinatale, traumatism obstetrical, encefalite, meningite. Defectele neuropsihologice şi QI scăzut au o clară asociere cu delincvența. Deficite verbale, au deficite crescute în testele de limbaj. S-au găsit deficite de limbaj şi la opoziționişti. Ele ar avea legătura cu capacitatea de autocontrol în care contează dezvoltarea judecății (Luria, 1961). Există un rol important al memoriei verbale şi al raționamentului în dezvoltarea autocontrolului. Cei care nu se pot afirma prin vorbă încearcă să găsească controlul situației prin agresiuni. Efectul eşecului şcolar se sumează.

Disfuncțiile executive: copiii au slabe capacități executive testate care permit atingerea scopurilor prin acțiuni adecvate şi abilități specifice. Disfuncțiile executive sunt asociate cu disfuncțiile lobului frontal, unde ar exista o activitate mai redusă.

Procesarea informației şi cogniția socială pot avea erori în interpretarea mesajelor, în sensul că le interpretează ca ostile în condiții ambigue, mai ales când copilul a fost supus în trecut la rele tratamente. Cei cu abuz fizic în grădiniță au avut de 4 ori risc mai mare de tulburări de conduită decât cei normali. Aceşti copii au soluții mai puține când sunt în încurcătură, nu sunt capabili să perceapă punctul de vedere al altora.

Modelul dinamicii tulburărilor descris de Patterson 1989, se începe cu metodele educative nereuşite, inefective care duc la comportament antisocial, eşec şcolar, respingerea de cei de o vârstă, trăiri depresive şi implicarea în activitatea delincventă. În teoria coerciției, Patterson explică persistența tulburărilor agresive prin faptul că părinții cedează mereu în fața cererilor copiilor.

În familia copilului se descriu următoarele probleme: concentrație de crime în familie – circa 10% din familii concentrează 50% din criminalitate, ecistă o genetică familială încărcată negativ. Sărăcia materială în familie acționează nu direct, ci prin efectele generale asupra familiei: depresia familială, conflictele, ostilitate

parentală. Se ştie că sărăcia este asociată cu problemele educaţionale precum disciplina aspră şi slabul ataşament părinte-copil.

Ataşamentul părinte-copil – defectuos duce la tulburări de conduită, dar nu este clar dacă tulburările de ataşament au şi ele un risc, în schimb, pot fi markeri pentru alte tulburări familiale.

Disciplină şi parenting. Părinţii sunt mai inconsistenţi în reguli, prin comenzile neclare sau fiind neresponsivi la solicitări pozitive. Procesele coercitive au un rol însemnat în etiologia şi menţinerea tulburărilor de conduită. Atitudinile copilului evocă negativitatea părintelui precum şi conduitele negative în creşterea lui, absenţa tatălui prosocial favorizează agresivitatea, ca şi prezenţa celui antisocial. Problema corelaţiei între tulburările de conduită ale copilului şi mama depresivă, este că aceasta exagerează tulburările, şi ca urmare, poate favoriza agresivitatea.

Pot să intervină şi alţi factori în afara abilităţilor de educator ale părinţilor, şi anume calitatea ataşamentului părinte copil şi violenţa domestică între adulţi (tulbură reglarea emoţională a copilului).

Copilul poate imita agresiunea din familie şi învaţă agresiunea ca normă a vieţii familiale.

Factori favorizanţi:

• Prevalenţa conflictelor familiale sub forma discordiei maritale, divorţ, conflicte soţ/ soţie. Include inconsistenţa şi neatenţia faţă de comportamentul copilului, dată de regulile de culcare inconsistente, acceptarea statului pe străzi, slaba supraveghere a acestora, etc.;

• Psihopatologia familială determină comportamentul criminal şi alcoolismul la părinţi, în special la tată, comportament agresiv şi antisocial la copil;

• Mărimea familiei (mulţi copii);

• Poziţia, rangul la naştere, copiii de la mijlocul ierarhiei au risc mai mare;

• Clasa socială, prin suprapunerea altor probleme: sărăcie, stresul familial;

• Metode de disciplinare aspre sau inconsistente care pot coexista cu neglijare şi abuz;

• Calitatea şcolarizării;

• Slabă inteligenţă.

Riscuri din afara familiei – vecinătatea deficientă sau din contră, ca factor poztiv, de exemplu eficacitatea colectivă, controlul social, influenţele negative ale celor de aceeaşi vârstă, trăirile de rejecţie din partea altora, grupurile care promovează tulburările de conduită în adolescenţă etc.

Teoriile psihodinamice sunt acele teorii care interpretează comportamentele agresive şi de sfidare ca nişte manifestări ale unor sentimente adânc înrădăcinate de carenţa afectivă parentală, şi care atestă absenţa empatiei şi a capacităţii de a avea încredere în alţii (Gabbard 1990).

Teoriile behavioriste se referă la factorii contextuali care contribuie la izbucnirea comportamentelor dezadaptative, iar teoriile cognitiviste se referă la contribuţia gândirii maladaptative, distorsiunilor în aprecierea situaţiilor în crearea unor trăiri de ostilitate prin atribuire ostilă (Dodge, 1991) a unor atitudini sau gesturi ale celor din jur (zâmbet neîncrezător, văzut ca dispreţuitor sfidător, ceea ce poate genera atitudini agresive din partea copiilor respectivi.

Teoriile familiale se discută prin prisma patternurilor de interacţiune familială, prin stabilirea de granițe prea rigide sau lipsa de limitare. Există o legătură între ataşamentul insecurizant şi trăirile agresive. Stilul autoritar în educaţie poate fi rădăcina unei agresivităţi latente care se poate manifesta în adolescenţă.

Formele clinice au debutul în copilărie şi în adolescenţă.

Distincţia între forma cu debut timpuriu în copilarie şi cea cu debut în adolescenţă este că prima reprezintă un predictor puternic pentru persistenţă, alături de delincvenţa timpurie. Cei cu debut timpuriu aveau un QI mai scăzut, mai multe probleme de atenţie, mai multă impulsivitate, scoruri mai mici la testele neuropsihologice, mai multe dificultăţi cu cei de o vârsta, şi adesea vin din familii cu adversităţi mai mari. Cei cu debut timpuriu ar putea fi împărţiţi în grupul care rămâne persistent pe viaţă şi grupul cu tulburări limitate la copilărie, este mai mic, problemele de comportament sunt banale, tranzitorii. O parte din cei cu tulburări cu debut timpuriu cu durată limitată în copilărie se pot dezvolta în adulţi bărbaţi, deprimaţi, anxioşi, izolaţi, cu slujbe prost plătite, suferă de diferite forme de dezadaptare ca adulţi.

La cei cu debut precoce studiile longitudinale sugerează că agresivitatea explicită ar trebui să se reducă după vârsta de 2 ani, însă multe problemele de comportament continuă în timp, se agravează şi se extind în cadrul comunităţii extinse (Patterson şi Younger, 2002), performanţele şcolare sunt slabe şi comportamentele sunt rezistente la tratament.

Cei cu debut mai tardiv, în adolescenţă, în conditiile unei monitorizări insuficiente din partea familiei, devin delincvenţi mai mult prin influenţe sociale în asociere cu alţi delincvenţi sau pentru câştigarea unui statut prin comportamentul delincvent. Cei limitaţi la adolescenţă comit delicte, consumă alcool şi droguri. Mulţi adolescenţi îşi revin întrucât dezvoltă abilităţi de coping mai eficiente, abilităţi sociale şi pentru viaţă care le permit să obţină succese.

Evoluţie

Copiii cu tulburări de conduită au probabilitate să primească intervenţie clinică, care ar fi şi o oportunitate de a preveni poveri viitoare ale unei sănătăţi precare ca adult şi dezadaptarea socială. În timpul copilăriei, tulburările de conduită produc mare suferinţă copiilor, familiilor şi şcolilor, cu efecte păguboase pentru educaţie şi pe plan social.

Mai târziu, în perioada adolescenţei şi perioada adultă, copii au un risc substanţial de prognostic scăzut. În primul rând, efectele antisociale care se regăsesc la adulţi sunt: tulburarea de personalitate antisocială, delictele criminale şi violente şi potenţial de încarcerare. Probleme în educaţie, muncă şi finanţe, homeless, abuz şi dependenţă de droguri, alcool, eventual sănătate fizică compromisă, răniri, boli transmise sexual, funcţii imune ale corpului compromise, probleme dentare şi de sănătate, o mulţime de tulburări mintale, tentative de suicid.

Un exces de tulburări de conduită juvenilă au fost găsite în istoricul bolnavilor cu abuz de substanţe, boli afective, tulburări de alimentaţie, posibil şi unii din spectrul schizofreniei şi maniei.

Intră în coabitări şi căsătorii cu violenţă domestică, se angajează în proaste atitudini ca părinte, ducând riscurile către generaţia viitoare. Foarte valoroasă este intervenţia preventivă. Este implicat şi contextul social al pacientului. Dacă asistă la acţiuni dure precum agresiune fizică, bătăi, minciună, comportamente de rebeliune, acestea au consecinţe semnificative asupra pacientului ca individ. Simptomele

au legătură cu mediul social. De fapt la dezvoltarea unor consecințe asupra copilului intră în joc și vulnerabilitățile sale individuale, procesele biologice, psihologice și sociale, dar și reziliențele. Ele sunt implicate cu efecte aditive și interactive, sau de contrabalansare dacă exista și factori pozitivi.

Tulburările asociate – 90% din cei care prezintă tulburări de conduită/psihopatie antisocială îndeplinesc criterii pentru alte tulburări psihiatrice, inclusiv schizofrenia sau tulburări de alimentație. Există o mare asociere între comportamentul antisocial și tulburările ADHD. Cei cu tulburarea opoziționist-provocatoare și ADHD au mari probleme inclusiv neuropsihologice, și prognostic rezervat.

Asocierea cu consumul de substanțe și depresia ar agrava diagnosticul riscului de psihopatie, manifestat prin trăiri de grandoare, asprime, cruzime, atitudine de necinste și lipsă de remușcări. Psihopatia este asociată cu incapacitatea inhibiției, inabilitatea de a recunoaște durerea și suferința la alții. Bătăile și cruzimea față de alți copii sunt semne de tulburări de comportament, dar poate ascunde slaba stimă de sine și slabe abilități sociale.

Diagnostic. Se poate diagnostica la preșcolari dar, cu cât diagnosticul este mai timpuriu, cu atât are un prognostic mai rezervat și sunt mai greu de tratat. Totuși intervenția timpurie poate să prevină cronicitatea. Unii spun să nu se exagereze cu vârsta preșcolară, deoarece poate fi doar o expresie a normalității, și să apară un risc de stigmatizare, de medicalizare. Cu cât diagnosticul este la o vârstă mai mare, cu atât acuratețea lui este mai bună. Cei care au fost diagnosticați corect au avut cel mai mult nevoie de tratament. Cei care au și ADHD și un mediu parental advers, au mari șanse să beneficieze de o educație aspră și un tratament fizic brutal până la maltratare.

Se pornește de la simptomele grupate în 4 grupe de comportamente agresive și de încălcare a regulilor sociale, și anume:

• agresiune față de oameni și animale, bruscări, amenințări, inițierea unot bătăi, uz de arme pentru a face rău, cruzime față de oameni, cruzime față de animale, tîlhărie;

• distrugerea proprietății, incendiere cu intenția de a cauza un prejudiciu;

• fraudă sau furt, intrare prin efracție (în case, autoturisme), escrocherii (furt din magazine, plastrografii);

• încălcarea regulilor, lipsa de acasă noaptea, fuga de acasă, absenţe nemotivate frecvente.

Trebuie să existe cel puţin trei dintre simptomele enumerate, aceste simptome să se fi manifestat cel puţin un an anterior diagnosticului, fiecare simptom avînd o durată de minim 6 luni. Dacă individul are peste 18 ani, se poate formula diagnosticul de psihopatie antisocială. Copiii cu tulburări de comportament iniţiază frecvent acte agresive, se implică în altercaţii fizice, ameninţă, terorizează şi intimidează, îi manipulează pe alţii, ştiu să mintă şi să se prefacă şi nu reuşesc să-şi îndeplinească obligaţiile şi promisiunile.

Există o varietate de instrumente, interviuri structurate bazate pe criterii DSM IV, ICD, Simptom Check List, care acoperă opoziţia şi comportamente problematice. (Child Behavior Checklist -Achenbach 1983, 1992). O varietate de comportamente antisociale reprezintă cel mai bun predictor pentru prognosticul rezervat. Se porneşte de la principiul multiplilor informanţi. Prognostic prost → cei care au tulburări de comportament în toate mediile.

Manualul SAVRY (Structured Assessment of Violence Risc in Youth) Borum, Bartel şi Forth 2002 ia în considerare fiecare factor de risc şi severitatea sa.

Iată unele dintre problemele la care ar trebui să găsim răspuns:

Dimensiunea tulburărilor comportamentale, semnificaţia unor acte deviante, furt, fugă, agresivitate, context, pentru a defini corect trăirile clientului în confruntarea sa cu lumea, durata acestora.

Factorii etiologici, antecedente organice, genetice, familiale.

Factorii educaţionali, calitatea lor, atitudini parentale, metode educaţionale de disciplinare.

Posibile trăsături de temperament adverse, ADHD, definirea trăsăturilor de personalitate: sociabil/ izolat, labil, agresiv.

Dezvoltarea cognitivă, inteligenţa, capacitatea academică (tulburări de învăţare), abilităţile sociale, la delincvenţi eventual dezvoltarea morală.

Care sunt resursele, tăriile subiectului?

Ce poate să ofere familia, şcoala, comunitatea?

Tratament – urmăreşte în principal măsuri preventive sociale, organizarea socială comunitară de calitate, controlul social sistematic, sprijinirea integrării, intervenţia precoce asupra familiei, învăţarea familiei, *academic skill training*, intervenţii şcolare, formarea abilităţilor şi activităţi diversificate în comunitate.

Tratamentul se bazează pe evaluare, este adaptat cazului, individualizat, după principiile „psihiatriei centrată pe persoană".

Principii ale intervenţiei, etape multimodale:

1. Alege ce modalitate de tratament să utilizezi: terapie comportamentală, psihoterapie, în ambulatoriu, internare pe termen scurt sau mediu în spital. Metodelor de tratament la domiciliu cum ar fi programe de consolidare familială le lipsesc datele catamnestice, dar în multe cazuri ele sunt eficace. Studiile în privinţa terapiei multisistemice au arătat că serviciile acordate la nivel de comunitate pot ajuta mai mult pe tinerii delincvenţi decât spitalizarea (Henggeler şi Borduin, 1990), Schoenwald (2000) a fost studiat intensiv în tratarea problemelor juvenile grave, delincvenţi sexuali, delincvenţi cronici, delincvenţi violenţi şi tineri care consumă substanţe. În aceste situaţii rezultatele au fost bune.

Această terapie se adresează factorilor de mediu care generează comportamentul deviant şi foloseşte metode cognitiv comportamentale. Se preferă metodele complexe aplicate în comunitate faţă de internarea în spital pe termen scurt (de 5 zile). Trebuie implicată familia, şcoala şi cei de o vârstă.

Alte metode includ rolul principal dedicat familiei, accentuarea punctelor forte cu o varietate de tehnici, terapie familială, cognitivă, managementul situaţional, managementul furiei.

Percepte ale intervenţiei:

- Dezvoltă tăriile.
- Angajează familia.
- Tratează condiţiile comorbide.
- Promovează învăţarea socială şi şcolară.
- Utilizează ghiduri.
- Tratează copiii în mediul lor natural.
- Intervenţii ale familiei, terapii sistemice, *parent management training*/ exemple de bună practică, programe care ajută copilul nesupus, învăţarea tehnicilor comportamentale.

• Terapia copilului, principii, exemple de bună practică, eficacitate.

• Intervenții în școli pentru promovarea comportamentului pozitiv, a angajării academice și a învățarii.

Dacă există o tulburare de nucleu ca ADHD ea trebuie tratată, dacă există o tensiune psihică exagerată, ar putea beneficia de un tratament sedativ, timostabilizator care să aducă individul la o condiție acceptabilă pentru alte intervenții.

Tehnicile comportamentale au scopul să reducă comportamentele învățate inadecvat, care au favorizat comportamentul antisocial și, în contrast, să întărească comportamentul dezirabil. Terapia cognitivă în cazul în care există convingeri descurajante pentru a le înlocui cu modul de a promova comportamentul prosocial.

Psihoterapia psihodinamică are rezultate îndoielnice. În cazul în care sunt probleme reactive, defensele ca *acting-out* nu sunt apte de a fi atacate. Unii autori spun că psihoterapia agravează comportamentul antisocial, delincvent (Shaffer, 1984), dar există și probleme conflictuale, reactive de adolescență care beneficiază de tratamentul de dezvăluire, interpretare, posibil și terapia de joc la copiii mici.

Metode de grup, pentru socializare, constau în tratamentul rezidențial pe termen scurt, în unități de zi sau secții de psihiatrie. Unii au nevoie de internare pe termen mediu, sunt critici, consideră că copilul se va întoarce la aceleași influențe de acasă, dar în realitate persoana se schimbă, se maturizează.

Programul de educație școlară urmărește în principal remedierea deficitelor.

Problem-solving skill training focusată asupra deficiențelor cognitive (abilități slabe de comunicare, capacitatea de a rezolva probleme, controlul impulsurilor și managementul mâniei), sunt considerate că stau la baza comportamentului antisocial. Sunt tehnici pas cu pas, în situații interpersonale, se ulilizează modelarea, repetiția, jocul de rol și dezvoltarea dialogului intern pentru autoevaluare (Kazdin 1987). Studiul comparativ cu trainingul abilităților sociale sau a rezolvării problemelor a fost superior relației terapeutice.

Programul terapeutic are multiple aspecte, iar în familie se intervine întodeauna.

Tratamentele focusate pe familie se aplică dacă există o disfuncţionalitate familială, stresuri, greşeli educative. Terapia familială este considerată superioară. Se învaţă tehnici comportamentale, tehnici structurale de intervenţie şi se îmbunătăţesc tehnicile de comunicare.

Programele de instruire ale părinţilor din Oregon Social Learning Center, G. Patterson, au fost adaptate pentru copiii foarte mici, de la 1 an şi 6 luni până la 6 ani, apoi şcolarilor şi separat adolescenţilor. Aceste programe ajută părinţii să identifice comportamentele ţintă şi determinantele lor contextuale de atenuat şi pe cele pe care le vor dezvolta prin sistemul de întăriri, puncte. Părinţii sunt ajutaţi să-şi îmbunătăţească stilul de rezolvare a problemelor şi aptitudinile de negociere.

Parent management training modifică tehnicile educaţionale coercitive şi alte greşeli educative, părinţii învaţă direct să interacţioneze altfel cu copilul sau astfel încât comportamentul prosocial să fie răsplătit, iar rezultate sunt pozitive. Acest program merge mai bine la copiii agresivi.

PREZENTARE DE CAZ

Sofia: PLAN DE ACŢIUNE

Redefinirea problemei

Separarea problemei de persoană. *Nu se va mai spune Sofia este rea... pentru că îi minimalizează calităţile şi îi induce vinovăţie. Se va spune Sofia are dificultăţi în stăpânirea mâniei.*

Reformularea *este o etapă de explicaţii în care se oferă explicaţii ştiinţifice asupra cauzelor şi mecanismelor problemei sale. Există un deficit de autocontrol, de stăpânire a impulsurilor, mâniei care nasc acţiuni impulsive: fuga, agresarea persoanelor, şi care e datorat lipsei obişnuinţei de a se controla. Nu este o problemă de neascultare, de reavoinţă sau răutate, ci una de recepţionare şi procesare a unei părţi din mesajele care vin din partea doamnelor educatoare, văzută ca un minus, un deficit de organizare şi învăţare. Ea nu îi percepe nici pe*

ceilalți copii drept ființe care au, ca și ea, dorințe care trebuie respectate.

Redenumirea *– se oferă informații prin care copilul și părintele află care este problema printr-o explicație reală. Sofia are o problemă legată de stăpânirea nervilor când este la grădiniță.*

Concluzii: Sofia trebuie să învețe să își stăpânească nervii și supărarea când vine în contact cu copiii și cu școala. Este o problemă de învățare. De efectuat o analiză de tip ABC.

Situația sau stimulii care preced imediat comportamentul țintă (unde, când , cu cine).

Ce se întâmplă înainte, de exemplu un copil este invitat să vorbească... etc.

Care sunt așteptările Sofiei... să fie întrebată ea, sau ce anume crede, ce scop are, care sunt interesele sale. Copilul cu ADHD are nevoie de obișnuințe și structuri, de un anumit mod de a se acționa, foarte asemănător din partea educatoarei.

Cunoașterea antecedentelor ne permite să le modelăm pentru a reduce eventualul impact stimulator – de discutat cu doamnele educatoare și de precizat... pentru că în acest moment este o percepție difuză asupra circumstanțelor în care se produce comportamentul.

Descrierea comportamentului țintă.

Consecințele, relațiile dintre un comportament și efectele acestuia, care exercită o funcție de întărire sau de penalizare a comportamentului respectiv se numesc contingențe. O mare parte din comportamentele noastre sunt determinate de contingențe pozitive sau negative (întăresc, perpetuează un comportament) și de pedepse (care diminuează un comportament).

Recompensarea sistematică a comportamentelor vizate, autostăpânirea furiei duce la rezultate durabile.

Se vor descrie contingențele actuale, folosite în mod frecvent.

Se va face o înregistrare de 1-2 săptămâni.

Obiectivele intervenției *sunt:*

Dezvoltarea abilităților de organizare;

Dezvoltarea abilităților de minimalizare a elementelor care distrag atenția;

Managementul furiei;

Dezvoltarea abilităților sociale și emoționale, a prieteniei cu copiii.

Restructurarea cognitivă. Copilul trebuie să își reprezinte tulburările sale într-un mod realist – adică în ce constau comportamentele-problemă și modul în care reacționează, precum și cum poate învăța să se comporte diferit pentru a avea satisfacții sociale și academice. Se elimină cuvintele sunt rea, obraznică pentru că se creează o gândire disfuncționala cu vinovății și răzbunări, gelozie.

Obiective :

Reducerea impulsivității. *Ea trebuie conștientizată... ești un pic cam grabită, iute... ar trebui să acționezi mai încet sau să te oprești. Înainte de a începe ceva, să numeri până la 5... (trebuie să învețe să numere astfel acasă și apoi la grădiniță)... poate să spuna ceva... nu mă grăbesc...*

Când termină un desen sau un lucru acasă, să verifice dacă l-a făcut bine/ pentru orice acțiune de acest fel va fi întărită verbal.

Reducerea agresivității. *Te-ai obișnuit să fii mai bătăușă... știi și tu că se supără doamnele și copiii. Trebuie să înveți să te controlezi... Când îți vine mânia sau te apucă furia, să stai un pic și să numeri de la unu la cinci, de 3 ori... și să spui: pe copilul ăsta îl doare... nu pot să fac să îl doară... eu reușesc să mă stăpânesc.../ de învățat ca o poezie, pentru a fi obișnuită cu această apărare.*

În crizele de țipat de la grădiniță se va aplica time-out – va fi scoasă din clasă și dusă în altă cameră unde va sta singură până se liniștește există o procedură: ea trebuie avertizată înainte că va fi scoasă afară de 2 ori, apoi va fi luată și dusă. Va rămâne cam 5 minute după ce încetează să plângă.

Asupra unor ambiții:

- *nevoia de a fi prima... descurajarea prin discuții, dar numai când apare ocazia;*
- *cultivarea bunătății față de oameni și animale, a milei prin exemple și participare în parc.*

Dezvoltarea unor calități umane *care există de fapt:*

- *împrietenirea cu alți copii,* ***socializarea,*** *participarea la jocuri unu la unu, aruncarea și prinderea mingei, fața ascunsă, participarea la grupuri mai mari la dansuri;*
- *jocurile vor fi repetate de multe ori cu răsplăți*
- *învățarea respectului față de doamnele educatoare, în discuții acasă, să se vorbească de calități și de disciplină*

- *să se vorbească de bine colegii: ce au reuşit să facă, sunt buni ca şi ea, aleargă...*
- *tot timpul să se vorbească după modelul lui Coue: este bine şi va fi şi mai bine... tu poţi şi mai mult şi ai să reuşeşti. În termeni pozitivi, de succes: data viitoare vei reuşi şi mai bine (întărirea Eului).*

Măsuri pentru şcoală

Durata mai mică a şederii, *numai până la prânz/ dacă perioada de somn este mai dezorganizată / riscurile sunt mai mari.*

Organizarea spaţiului. *Stă în banca întâi, cu minimalizarea obiectelor care îi distrag atenţia, totdeauna stă în acelaşi loc, se formează deprinderi esenţiale pentru structurarea psihică.*

Când este prea înflăcărată, *educatoarea îi va pune mâna pe umăr pentru a-i reduce avântul, o presiune fizică cu o voce blândă dar ferma să îi spună să stea jos şi să mai aştepte, pentru o durată 2-3 minute, până se mai răceşte pulsiunea.*

Pentru vorbirea urâtă *se verifică antecedentele vorbirii urâte, se face ABC şi se stabilesc şi contingenţele (modul în care a reacţionat clasa şi educatoarea).*

Se va face un concurs de vorbire frumoasă, cine este prima la vorbire frumoasă, pentru fiecare oră, cu steluţe. Se învaţă ce să spună când este supărată/de gândit.

De discutat acasă: *ce se întâmplă cu copiii care nu vorbesc frumos. Rămân singuri, nu îi mai primeşte la grădiniţă, doamna educatoare se întristează... De aceea trebuie să învăţăm să vorbim frumos... se discută problemele cum să facem să rămânem la grădiniţa asta frumoasă.. tu ce zici.../ pentru a realiza conştientizarea şi un început de autocontrol mai conştient pe baza aprecierii profit/ pierdere.*

TULBURĂRI REACTIVE ŞI DE ADAPTARE

Constantin Oancea

Reprezintă un diagnostic foarte frecvent în psihiatria infantilă, încă din 1975 cînd, între 30-45% dintre pacienți aveau acest diagnostic.

Pentru a exista asemenea tulburări, trebuie să existe un factor stresor care să acționeze asupra unei persoane într-un mod maladaptativ. Kanzler (1988) spunea că este un diagnostic care exprimă frica de un diagnostic mai serios, mai ales că nu se îndeplinesc criteriile pentru afecțiuni mai grave. Un criteriu important de diagnostic este acela că, reacția trebuie să apară în primele 3 luni de la debutul stresului, iar reacția maladaptativă să nu dureze mai mult de 6 luni.

Criteriile nu țin seama de complexitatea unor situații şi interacțiunii cu schimbările maturaționale ale copilului şi adolescentului. Într-o situație de divorț, de exemplu, experiența copilului variază de la un copil la altul în funcție de capacitatea adaptativă a copilului, de resursele cognitive, strategiile de coping şi sistemele de suport existente. De fapt sunt mai multe aspecte, pentru care copilul trebuie să se adapteze într-un divorț precum: dificultățile financiare, schimbările în relațiile cu fiecare părinte, mutări şi divorțul în sine.

Statisticile existente arată că, majoritatea stresurilor la adolescenți au fost în legătură cu problemele şcolare, urmate de rejecția parentală, problemele de alcool şi droguri şi părinți separați şi divorțați.

În fapt, există şi reacții cronice de adaptare (DSM-IV 2003) care durează peste 6 luni, ca răspuns la un stres prelungit şi cu multiple efecte, copiii putînd reacționa mai mult de 6 luni la stresori ca divorțul, boala sau moartea în familie, violențele de orice fel. În general dacă durează peste 6 luni trebuie să se pună alt diagnostic.

Simptomatologie

La copil pot să apară simptome de tip emoţional de tipul fricii, tristeţii, iritabilitate sau instabilitate, labilitate, etc. Pot exista şi simptome mult mai specifice, de tipul coşmaruri sau tulburări fobice, tulburări de conduită ca scăderea performanţelor şcolare, retragere sau agresivitate. Caracteristicile clinice variază de la un copil la altul şi de la o perioadă la alta, putînd exista fie la şcoală, fie acasă sau peste tot.

Tulburarea reactivă include o multitudine de semne comportamentale, psihologice sau/şi fizice. Parte din ele reprezintă încercări de adaptare cum ar fi regresiunea şi retragerea, iar altă parte sunt semne ale eşecului adaptativ. Diagnosticul diferenţial se face cu tulburările afective sau de comportament. Ele reprezintă sindroame parţiale ale unor tulburări specifice.

Se descriu:

• *tulburări de adaptare cu dispoziţie anxioasă,* în care simptomele dominante sunt nervozitatea, supărarea cu stări de nervi, tulburări de adaptare cu dispoziţie depresivă, frică şi trăiri de neajutorare.

• *tulburări de adaptare cu tulburări de conduită,* cu violarea drepturilor altora sau a regulilor sociale cu chiul, vandalism, bătăi, angajarea în conduite de risc, lipsa de respect faţă de lege.

• *tulburări de adaptare cu trăsături mixte,* emoţionale şi de conduită sau cu tulburări emoţionale mixte, depresie şi anxietate.

• *tulburări de adaptare cu plângeri fizice,* cefalee, oboseală, dureri de spate, alte dureri.

• *tulburări de adaptare cu retragere socială* fără alte simptome sau cu inhibiţie academică, blocaje, incapacitatea de a mai face lecţii.

Diagnostic. Este vorba de un diagnostic tranzitoriu sau marginal, între sănătate şi boala definită. Printre criterii se află prezenţa unui stresor identificabil psihosocial, apariţia tulburărilor în intervalul de 3 luni, elementul maladaptativ este dat de afectarea funcţionării ocupaţionale, a şcolarizării şi a relaţiilor cu alţii şi prezenţa unor simptome în exces faţa de reacţiile normale şi de aşteptat.

Problema vulnerabilităţii constă în faptul că există diferenţe în experienţele trecute, înzestrarea genetică, temperament şi mecanismele de coping. Copilul care are o bună experienţă în a stăpâni

dificultățile, are sănătate bună, bune mecanisme de coping, un temperament favorabil adaptabil și un mediu suportiv, ca urmare, va rezista mai bine. Cei care au o sănătate somatică proastă, nu au stăpânit dificultățile fiind depășiți, au probleme de învățare, un temperament dificil și un slab suport social și sunt mai vulnerabili.

Multe dintre aceste simptome depind de agentul stresor, în multe cazuri poate fi mai ușor, dar depinde de semnificația dată de copil și părinții săi. Severitatea stresorului nu poate prezice gravitatea reacției, depinde și de durata acțiunii sale.

Tratament imediat ușurează stresul și are un rol preventiv. Cei netratați pot să eșueze în situații asemănătoare mai târziu, ca adulți. Intervenția adecvată poate îmbunătăți abilitățile de coping și conferi un sens de stăpânire a situației alături de reducerea simptomelor. Evaluarea amănunțită a istoricului, posibilităților copilului, stilului sau de coping, caracteristicilor familiei dar și a stresului, cu particularitățile sale, sunt măsuri absolut necesare.

Medicația nu este prea folosită, rar se administrează anxiolitice pe termen scurt. Stresorul și semnificația sa trebuiesc abordate în terapia scurtă. Copilul și adolescentul poate câștiga *insight* asupra stresului, să se clarifice interpretările greșite, și să se asigurate o anume stăpânire a problemelor de către copil. Trebuiesc analizate trăirile de amenințare și trăirile legate de ele, posibil de vinovăție sau inadecvare. În alte cazuri de abuzuri poate fi nevoie de măsuri de protecție reală. De principiu în conflictele cu un profesor, sau cu școala este bine să învățăm copilul să trăiască cu ele, să se adapteze. Intervențiile cu părinții ar trebui să îi învețe limitele capacității de adaptare a copilului, semnificația agentului stresant pentru el, despre reacția lor față de situație și să ofere o oarecare ghidare a comportamentului lor, pentru a ușura situația, dar și pentru a construi și abilitățile necesare. Este nevoie de lucrul individual, mai ales cu copiii mai mari.

Prognostic:

Chess și Thomas (1984) au arătat că cei care au fost diagnosticați cu tulburări de adaptare la vârstă mică sunt mai predispuși să aibă simptome în adolescență, iar dacă nu se rezolvă în această perioadă vor avea probleme și în perioada de adult.

TULBURAREA DE STRES POST-TRAUMATIC LA COPIL

Constantin Oancea

Diagnosticul de tulburare de stres posttraumatic este relativ recent (1980). Persoana care suferă de PTSD trebuie să trăiască un eveniment care să amenințe propria viață sau viața altei persoane și să răspundă cu frică intensă, neajutorare sau groază față de acel eveniment. Evenimentele sunt de intensitate mare, depășesc experiența umană obișnuită (Hamblen, 1998). Termenul de obișnuit poate fi relativ în medii cu grad mare de violență familială sau socială. Frecvența acestor evenimente ar fi cam de 3/100 la copii și adolescenți în țări relativ liniștite (ca SUA). La cei care au asistat la o crimă, asasinarea unui părinte, apariția PTSD este de 100%, la cei care au suferit un abuz sexual 90% (Lenore Terr, 1991). Trauma de tip 1 urmează unui eveniment traumatizant unic, neașteptat și se caracterizează prin amintiri detaliate, percepții distorsionate. Traumele de tip 2 se caracterizează prin durata mare de expunere sau de expuneri repetate, sunt caracterizate prin negare intensă, anestezie psihică, autohipnoză, disociere, autoagresivitate, identificare cu agresorul.

Unii stresori sunt comuni la copil: răpire, mușcături severe de animal, arsuri grave, participarea la accidente, la care se adaugă victimizarea gravă prin abuz fizic sau sexual. Copiii au un crescut risc de a fi martori la violența din familie, răpire, molestare, ucidere, comportament suicidar, abuzul unei surori, etc. Există o expunere la violența extrafamilială, violența urbană, atrocitățile războiului civil, tortură, terorism, dezastre naturale.

Stresorii DSM IV cuprind dezastre naturale, accidentale, accident de automobil, incendii devastatoare, dezastre induse deliberat, bombardamente, tortură. Tulburarea pare mai severă când trauma

este de natură umană. Violența sexuală, fizică și emoțională deşi este mai obişnuită poate declanşa PDST.

Unele evenimente unice pot avea consecințe stresante pentru tot restul vieții, ex. moartea unui părinte, pierderea integrității fizice prin spitalizări repetate. PTSD este diagnosticat cînd o persoană a experimentat sau a asistat ori s-a confruntat cu un eveniment care a implicat moartea sau amenințarea cu moartea, rănirea sau amenințarea integrității fizice proprii sau a altor persoane apropiate, răspunzând prin teamă intensă, neajutorare, groază. La copil se adaugă un comportament dezorganizat, agitat.

Trauma psihică nu este definită de actul propriu-zis, ci de răspunsul comportamental, fiziologic sau cognitiv al copilului față de evenimentul respectiv (Perry 1993), ceea ce introduce o componentă personală în declanşarea procesului de vulnerabilitate sau reziliență (rezistență) față de stresul respectiv.

Simptomatologie. Experiența traumatică include experiențe perceptuale intense şi valorificarea moment de moment a amenințării şi posibilei intervenții. Evenimentul poate rămâne în depozitul memoriei active amenințând să pătrundă și să rupă procesul psihic normal (Horowith 1976). Evenimentul psihotraumatizant este reexperimentat persistent într-unul din următoarele moduri:

• amintiri dureroase, recurente şi intrusive ale evenimentului, incluzând imagini, sunete, mirosuri, gânduri, percepții, impresii care marchează punctul extrem al terorii sau neajutorării (impactul cuțitului, ochii criminalului sau privirea îngrozită a victimei, corpul plin de sânge). Adesea copiii se întorc la experiența dureroasă pentru a obține compensații (alții au murit, ce au făcut ca să ajute pe ceilalți).

• incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei;

• scăderea marcată a interesului pentru activități;

• sentimente de detaşare şi înstrăinare față de alte persoane;

• gamă restrânsă de afecte;

• sentimentul reducerii perspectivelor față de viitor.

Semnele persistente de alertă crescută, cum ar fi dificultăți de adormire, coşmaruri, treziri nocturne, iritabilitate, accese de furie, disforie, impuls de a vorbi despre trauma trăită, hipervigilență, răspuns exagerat de surprindere, pot duce la eforturi exagerate de a-şi asigura securitatea lor şi a altora, dificultăți de concentrare şi de

memorie, de funcționare intelectuală. PTSD afectează funcționarea socială, ocupațională şi alte domenii de activitate. Adolescenții manifestă depresie, idei suicidare, consum de substanțe în doze mari, alții devin anxioşi, raportează atacuri de panică. Copiii mici au un comportament regresiv sau antisocial, sunt agresivi, cu acte neobişnuite de agresiune sau de izolare socială, opoziționişti acasă sau la şcoală. În rezumat, ei manifestă aceleaşi simptome ca adulții, având asociate depresie, anxietate generalizată, reacții de doliu.

Tulburarea poate fi imediată, sau cu debut tardiv când simptomele apar mai mult de 6 luni după traumă. Trebuie să aibă consistență ca să fie clinice adică să dureze mai mult de 1 lună. PTSD este acut dacă durata este sub trei luni şi cronic dacă depăşeşte acest interval.

PREZENTARE DE CAZ

Caz clinic.

Copil în vârsta de 15 ani, originar din Moldova, un adolescent bine făcut, cu maturizare sexuală corespunzătoare vârstei. Copil unic al unei familii serioase, liniştite, cu nivel educațional şi material ridicat, fără antecedente patologice personale.

Motivele prezentării: o stare de nelinişte accentuată, imagini repetitive în care revin scene din situații trecute încă în urmă cu cel puțin 2 ani, pierderi de memorie, crize de mânie soldate cu distrugeri de obiecte, nemulțumire, frică de anumite locuri din oraş, de anumite persoane, insomnii cu crize de panică, coşmaruri.

Tulburările au apărut după o perioadă de hărțuieli, injurii, posibil loviri produse de un grup de copii invidioşi pe starea materială a familiei, i se strigau pe fereastră cuvinte umilitoare, în clasă se simțea marginalizat. După intervenția energică a familiei, reclamații la poliție, deschiderea de dosare, a fost lăsat în pace, dar starea psihică s-a deteriorat, a avut o perioadă de inhibiție cu dificultăți de învățare. Atunci a fost consultat medical, internat la o clinica de psihiatrie. S-au administrat mai multe tratamente, antipsihotice de exemplu risperidona, antidepresive, multe anxiolitice, diazepam, levomepro-mazina. S-a început un tratament psihoterapic cu rezultate moderate.

Cert este că după aproximativ 2 ani de la începerea bolii evoluția pare serioasă punându-se și problema unei psihoze.

După o discuție preliminară cu prezentarea civilizată, contactul psihic bun, coerent și evaluarea simptomelor în raport cu o cauză cunoscută s-a ajuns la diagnosticul de «Tulburări posttraumatice de stres» într-un stadiu cronicizat/ peste 3 luni de evoluție/ cu predominantă obsesională și unele nuanțe funcționale (amnezii, stări de depersonalizare, de realizare) din spațiul anxios-disociativ (Hy).

S-a decis o intervenție psihoterapică de scurtă durată dublată de un tratament solid medicamentos. Pacientul avea o stare de tensiune psihică deosebită, cu agresivitate, idei obsesionale și nevoi de pedepsire.

Intervenția psihoterapică a avut o primă etapă de ascultare empatică, în care pacientul a descris campania de agresiune pe care a suferit-o o perioadă îndelungată precum și simptomatologia de tip obsesional, imaginile veneau de sute de ori pe zi, și îi provocau o stare de tensiune deosebită. S-au identificat afectul de mânie, trăirile de neputință, dorința de răzbunare și o extindere a tensiunii către spațiul relațiilor familiale cu relatarea repetată a unui incident în care părinții săi au fost neglijenți cu un obiect (o combină muzicală stricată de o persoană). Descrierea plină de amănunte, critica părinților «cu atitudine nepotrivită» a durat destul de mult.

După prima ședință, deși la plecarea de la psihoterapie a fost foarte mulțumit, acasă a devenit mânios, a continuat cu reproșuri și discuții care s-au prelungit după miezul nopții. A fost nevoie de mai multe tablete de rivotril și diazepam pentru a adormi.

A doua ședință a reluat ascultarea empatică presărată de interpretări care au deplasat atenția asupra trăirilor sale de mânie, asupra dorinței de răzbunare, a reluat descrierea acțiunilor întreprinse de el și dorința de a-i pedepsi, de altfel și profesia aleasă este judecător, ca o compensație pentru nedreptățile suferite. Dată fiind tensiunea psihică, s-a propus de către familie o internare de urgență, împreuna cu întreaga familie, prilej cu ar fi putut efectua o terapie de familie.

S-a internat și s-a propus un tratament neuroleptic, iar în câteva ore s-a observat o sedare semnificativă.

A treia ședință a dus la o reorientare a terapiei. Întrucât prelucrarea simptomelor a avut loc într-o perioadă destul de îndelungată, s-a trecut la focusarea afectului de mânie. S-a ajuns la concluzia că el nu face nici un efort să-și controleze mânia și chiar îi

place să o manifeste, ca un semn de bărbăție. Totdodată s-a remarcat pedepsirea părinților prin reproșuri nesfârșite asupra «greșelii», și lipsa oricărui efort de a încheia acest episod.

Din atitudinea lui combativă, se profilează trecerea sa într-o nouă etapă în dezvoltarea adolescentului, etapa de afirmare, caracterizată prin nervozitate, critici la adresa părinților, nemulțumire, atitudini în profundă discordanță cu atitudinile dinainte de adolescență. Au apărut preocupări față de dezvoltarea sexuală, sindromul „penisului mic" și dorința de a avea succes la fete, se simte nepriceput, și chiar o rezolvare a problemei sexuale prin „masaj erotic".

Ca urmare, s-a trecut la punerea în discuție. Cât timp poate să dureze o stare de supărare, de mânie? Câți ani, poate până la bătrânețe, va discuta ce i s-a întâmplat în copilărie cu aceeași încărcare furioasă? Se discută și asupra duratei pedepsirii părinților pe care de altfel nu a conștientizat-o, crezând că e o simplă discuție de „răcorire". S-a arătat că asemenea critici înseamnă mai degrabă pedepsire, care probabil nu este justificată.

Ca urmare, s-a ajuns la concluzia că o atitudine potrivită pentru bărbat, așa cum dorește să fie el, este să treacă de la stadiul de plângăcios către unul de autostăpânire, de control al stărilor de mânie prin diferite mijloace.

La a patra ședință se constată că s-a redus intensitatea stării de tensiune, gândurile de tip obsesional s-au redus substanțial, mânia a fost mult mai mică după începerea terapiei. Se începe activitatea de dezvoltare a căilor de stăpânire a mâniei. Printre ele, conștientizarea stării de mânie și apoi punerea în aplicare a măsurilor: a distracției, umplerea timpului cu activități plăcute, amânarea exteriorizării mâniei până scade intensitatea ei, exerciții fizice, mers pe jos.

A cincea ședință raportează o criză de anxietate la trezire curmată cu rivotril; este posibilă întrucât s-a făcut o întrerupere bruscă a medicației. Se lucrează asupra metodelor de stăpânire a mâniei, asupra dorinței sale de a fi un bărbat adevărat. S-a discutat dacă să comunice părinților stările sale, el dorește să le poată comunica, dar nu ca victimă, ci ca un fapt divers.

Se pare că a avut ședințe productive cu psiholoaga secției, a cerut și a avut loc o ședință de terapie de familie pentru eliberarea de tensiuni.

În această perioadă a avut loc și consilierea familiei și trecerea de la ipoteza unei boli grave, la o stare posttraumatică mai prelungită, a

cărei intensitate depinde şi de atenţia acordată. Ca urmare, va fi ascultat, dar fără spaimă şi compătimire excesivă. Apoi se va trece la alte activităţi care să-i distragă atenţia şi să inducă buna dispoziţie. Se vor reduce la minimum discuţiile despre pedepsire care pot reaprinde mânia.

Evoluţia a fost favorabilă cu răspuns bun la psihoterapie pe fondul sedării obţinute prin terapia medicamentoasă. Terapia medicamentoasă va fi menţinută la dozele stabilite la plecarea din spital, pentru cel puţin o luna de zile, până la primul control.

Psihologul trebuie să continue psihoterapia după modelul cognitiv-comportamental, cu managementul agresivităţii. Va fi ascultat şi vor fi acceptate plângerile copilului, fără a se acorda prea multă atenţie. Nu se revine la discutarea evenimentelor cauzatoare, decât cel mult pentru a reduce din importanţă în perspectiva ciclului vieţii.

Se va lucra la edificarea personalităţii, cu multe aprecieri.

***Evoluţia îndepărtată** arată câteva confruntări cu foştii inamici în care el i-a pedepsit, i-a pălmuit, oarecum brusc, neanunţat şi fără explicaţii, cu mare satisfacţie. După câteva luni de la reducerea terapiei au apărut episoade distimice, disforice de câteva zile care au necesitat terapie antidepresivă pentru o durată de luni de zile. Avea zile în care era prost dispus, dezinteresat de discuţiile cu părinţii, izolat. Sub antidepresive şi-a revenit. Se pune problema în ce măsură a fost amorsată o boală afectivă, unipolară, depresivă. Rămâne în observaţie, existând un contact telefonic cu mama băiatului, extrem de grijulie şi preocupată.*

***Evoluţia** este foarte variabilă şi depinde de factorii circumstanşiali (de stresor), de calităţile copilului, calităţile mediului familial. Cu cât este mai sever stresorul, intensitate, durată, bruscheţe, impact personal, cu atât va fi mai prelungită evoluţia (Pinoos şi Nader 1986). Pentru stresorii mai uşori diminuează în zile sau săptămâni. La adulţi PTSD durează 3-4 luni sau devine cronic. Evoluţia cronică la copil poate fi aşteptată când copilul a fost expus la multiple injurii şi mutilare, numeroase pierderi în viaţă sau distrugeri. Multiplele adversităţi cresc riscurile, traumele repetitive sau cronice asociate cu restricţii în responsivitatea emoţională, cu comportament de evitare persistent, cu agresivitate şi răspunsuri disociative (isterice), poate influenţa formarea caracterului, reduce toleranţa şi controlul impulsurilor, apar dificultăţi relaţionale. Pot fi factori adverşi adiţionali problemelor medicale,*

operații, recuperare, invaliditate, dificultăți în reintegrarea școlară. Când violența și dezastrul atinge un membru al familiei, există o împletire între psihotraumă și reacția de doliu, iar preocupările exagerate asupra circumstanțelor morții alterează cursul normal al jeluirii.

Factorii de personalitate: copiii timizi sau anxioși devin mai timizi, depresivii suferă de vinovăție, impulsivii își cresc comportamentul problematic și se pot reaprinde la un eveniment asemănător.

În perspectiva developmentală, expunerea la evenimente psihotraumatizante la o vârstă mică poate afecta așteptările asupra lumii, privită ca un pericol iminent, siguranța vieții personale și sensul pe care îl atribuie copilul propriei integrități. De multe ori copilul se consideră ca fiind o persoană incompetentă și vulnerabilă (Shaley, Bonne, Eth 1996).

Experiența amenințării externe implică estimarea gravității sale, trăirea de ineficacitate, neajutorare învățată în momente traumatice ireversibile, expunerea la amenințarea vieții, răni mutilante, moartea violentă a cuiva din familie, strigăte de ajutor fără răspuns, violarea integrității copilului. Consecințele unei traume pot cuprinde și dezvăluirile, examinările judiciare, implicarea serviciilor sociale pentru plasamente, examinări medicale dureroase. Intensitatea traumei produce o ruptură în mecanismele de apărare obișnuite, ceea ce duce la angoasă și la durerea pierderii.

Există un mecanism de evaluare proprie care dă dimensiunea subiectivă a traumei dar măsoară și eficiența propriilor acțiuni de apărare. O experiență traumatizantă, cel puțin la copil, este evaluată și prin prisma reacțiilor părinților, a adulților care pot reduce sau amplifica intensitatea ei. La copilul mic este căutată imediat figura de protecție parentală, de aceea separarea de părinți în timpul operațiilor de salvare poate agrava trauma.

***Etiologie.** În neurofiziologia PTSD se vorbește de gravarea experienței traumatice în rețelele neuronale, prin eliberarea hormonilor de stres, mediatorii noradrenergici, posibil și o tulburare serotoninergică, care mediază consolidarea amintirilor traumatice. În mecanismul de fixare intervin factori de condiționare, care fixează modelul traumei și va face ca să reacționeze condiționat la stimuli asemănători cu aceasta. În PTSD răspunsul condiționat nu se diminuează în timp. Prin intervenția*

mecanismelor de evitare interne sau externe răspunsurile sunt întărite, ceea ce previne reducerea lor în timp.

***Psihopatologia posttraumatică** cuprinde PTSD, tulburări fobice, anxietate generalizată, tulburări de conduita şi de ataşament, depresie, consum de substanțe, tulburări disociative, de somn, posibil reactivarea anxietății de separație, tulburări de învățare. În procesul de adaptare copilul face o restructurare cognitivă şi una emoțională. Restructurarea cognitivă presupune înțelegerea circumstanțelor şi a sensului acțiunilor psihotraumatizante, reprocesarea emoțională înseamnă înțelegerea propriilor reacții fireşti de stres şi acceptarea lor, cu diminuarea autoînvinovățirii. Relația de încredere cu un adult este esențială.*

Tratament

Unii autori preferă împărțirea tratamentului în primul ajutor psihologic, consultația inițială, terapia scurtă, tratamentul de lunga durată, intervenția cu familia, intervenția de grup.

Primul ajutor psihologic. Scopul este să ofere uşurare emoțională imediată prin intervenția adecvată vârstei de către psihologi. Este indicat în cadrul şcolii, după dezastre şi violențe comunitare, situații de deces şi pierdere, deoarece acolo se pot identifica copiii cu risc de reacții de stres.

***Consultația inițială:** Abordarea terapeutică include aproape toate procedeele de restructurare emoțională şi cognitivă. Copiii trebuie ascultați în toate amănuntele istorisirii, se fac interviuri care explorează cu atenție trăirile lor subiective, şi îi ajută să înțeleagă sensul acțiunilor lor, se acordă ajutor pentru a-şi menține stima de sine şi apoi să identifice acele elemente care le reamintesc psihotrauma.*

***Psihoterapia scurtă:** Unii copii sever expuşi şi în mare risc pot avea nevoie de o psihoterapie extinsă. Experiența traumatică poate include mai multe aspecte iar psihoterapia scurtă realizează abordarea începând de la primele reacții până la experiențele cele mai terifiante. Se acordă o atenție deosebită omisiunilor, reprezentărilor spațiale false şi modificării focusului problemei vulnerabilităților narcisice, conflictelor psihosexuale şi confuziilor cognitive. Această terapie permite înțelegerea contextuală a psihotraumei în cadrul familial şi cultural.*

Asistarea copilului şi familiei în schimbările secundare din viața lor, terapia individuală ajută copilul să înțeleagă ce s-a întâmplat (sunt bune desenele şi povestirile legate de ele), permite reducerea sentimentelor de neajutorare şi anxietate.

Trebuie ca sesiunile psihoterapice să fie mai lungi ca de obicei. Pentru insomnie se poate folosi relaxarea înaintea adormirii sau muzica, terapia de joc pentru copiii mici pentru prelucrarea și eliberarea de psihotraumă. Se pot folosi tehnici de desensibilizare sistematică pentru anxietăți sau floodingul - terapia implosivă pentru fricile amintite.

Tehnica de inoculare a stresului este bună pentru pregătirea copilului pentru intervenții de lungă durată medicale invazive. Terapia de grup împărtășește trăirile și se dezvoltă soluțiile de depășire a trăirilor, poate fi utilizată ***terapia de lunga durată.*** *După prima parte acută a terapiei, se fac întâlnirii periodice planificate. Terapia de lungă durată permite explorarea semnificațiilor pe care reprezentările mintale despre traumă și dă posibilitatea de simbolizare mai bogată. Fostele acțiuni impulsive posttraumatice devin astfel parte a selfului verbal (Stern 1985). Sunt o mulțime de subiecte în raport cu modelul traumei, doliu, agresiune, violență intrafamilială. Trebuie să eliberăm copilul de acele reconstituiri periculoase prin ghidarea către maturizarea normală, lucru asupra fanteziilor îndeosebi de răzbunare sau prelucrarea pozițiilor de reparare sau salvare. Copilul face față provocării de a integra experiența traumatică în dezvoltarea sa prin schimbarea lumii sale interioare.*

Terapia familială ameliorează relațiile interpersonale în familie. Terapia suportivă pentru părinții și frații copilului este utilă pentru reducerea reacțiilor exagerate, părinții trebuiesc tratați pentru propriile simptome de stres și pentru a găsi un comportament adecvat față de copil.

Se utilizează și medicația antidepresivă SSRI în anxietatea severă și carbamazepina ca stabilizator de dispoziție. Tratamente de scurtă durată de 4-8 săptămâni, pregătesc copilul pentru psihoterapie.

Constantin Oancea

STRESUL ÎN COPILĂRIE ŞI ADOLESCENŢĂ

Definiţie: Stresul este un răspuns la un eveniment sau o condiţie la care există o cerere mai mare decât posibilităţile noastre normale de rezolvare (Leonard Carolyn, 2003).

Stresul poate fi recunoscut când te simţi copleşit sau ameninţat de mai multe cerinţe decât poţi face faţă (Lilian Katz, 1986).

Stresul la copil ar fi definit ca o schimbare la orice situaţie sau factor care creează o schimbare fizică sau emoţională negativă sau ambele, un aspect inevitabil al vieţii. Poate fi cauzat de un singur eveniment sau de un set de acţiuni şi circumstanţe.

Cei mai mulţi oameni răspund adeçvat la stres ca urmare a experienţelor anterioare, educaţiei şi suportului social, răspunsul poate fi natural învăţat, adecvat sau inadecvat, predispunând la boli. Toţi oamenii au un răspuns natural la stres prin creşterea vigilenţei, agresivitate, blocarea durerii, răspuns care permite supravieţuirea. Copiii învaţă să răspunda la stres din experienţa proprie dar şi prin observaţie. Cele mai multe situaţii stresante pentru copii pot părea insignifiante pentru adulţi, dar copiii nu au experienţă şi cea mai mică schimbare poate afecta sentimentul de securitate.

Diferenţa între stres şi traumă

Trauma este un eveniment brusc, neaşteptat, dramatic, puternic. Efectele traumelor pot fi fobii sau alte tulburări, (vezi participarea la un accident rutier, contactul cu un câine fioros). **Ex:** *Cei mai mulţi copii, când văd un câine fioros vor fugi către un adult iar reacţia lor este dependentă de cea a adultului.*

În cazul stresului la copii pot apare modificari de tipul celor neurobiologice, activarea sistemelor gluco-corticoide, noradrenergice şi vasopresin-oxitocinice ca răspuns imediat, iar ca raspuns tardiv, aceşti hormoni afectează neurogeneza, producţia sinaptică şi mielinizarea specifică. Ca urmare, se reduce mărimea porţiunii mijlocii a corpului calos, diminuarea creşterii neocortexului stâng, hipocampului şi amigdalei.

Aceste modificări cresc vulnerabilitatea copiilor abuzaţi favorizind apariţia următoarelor patologii: tulburarea postraumatică de stres, sindromul hiperkinetic, tulburarea de personalitate borderline, tulburarea disociativă sau adicţiile.

Factorii de stres sunt numeroşi, iar evenimentele pot fi percepute ca negative sau ameninţătoare. Copilul are diferite posibilităţi de a răspunde la o situaţie de stres, de tipul, izolare, retragere, sau agresivitate ori stări de anxietate.

Important este ca adulţii să identifice corect cauza unui asemenea comportament înainte de a interveni.

Sursele de stres

• Şcoala este cea mai frecventă sursă de stres, relaţia cu profesorii, schimbarea şcolii, standardele impuse de familie;

• Relaţiile cu colegii, prietenii, conflictele;

• Familia, prin problemele de comunicare, conflicte cu fraţii;

• Violenţa în familie, divorţul părinţilor;

• Situaţia economică precară, şomajul unui părinte;

• Starea de boală fizică sau psihică a sa sau a părinţilor;

• Abuzul fizic şi/sau psihic;

• Dezastre naturale;

• Durerea, rănile, boala proprie, tratamentele (mai ales cele invalidante, oncologice);

• Moartea sau pierderea unei persoane dragi;

• Stresul din mutare, contactul cu prea multe persoane, naşterea unui frate.

De menţionat că, inevitabil, fiecare copil întâlneşte cel puţin un eveniment traumatic în copilărie.

Trăirile de stres

Variază de la trăiri banale, de tipul anxietate, frică, expunerea prelungită la o traumă, pînă la anxietate severă care, dacă nu este tratată, duce la blocarea participării copilului la activitățile sociale și la bucuriile vieții.

Părinții și cadrele didactice ar trebui să fie atente la reacțiile copilului, refuzul școlar este o realitate frecventă.

Semnele ce trebuiesc identificate la un copil supus factorilor de stres și care reacționează anxios (I. Dobrescu 2003), se plasează în sfera anxietății și anxietății de separare :

- copilul refuză să meargă la școală;
- are gânduri constante și frica de a nu se întâmpla ceva rău cu părinții;
- dureri de stomac sau alte tulburări somatice;
- copil trist sau face crize de panică dacă doarme departe de casă;
- găsește dificil să se întâlnească cu persoane noi și se retrage;
- grijă excesivă pentru evenimente înainte să se întâmple;
- grijă excesivă pentru școală, prieteni, sport;
- are nevoie de încurajări ca să înceapă ceva nou;
- preocupat continuu de curățenie și spălatul mâinilor;
- îi este greu să se relaxeze.

Reacțiile la stres pot fi pe termen scurt sau pe termen lung.

Pe termen scurt există răspunsuri fiziologice la stres, precum creșterea ritmului cardiac, dilatare pupilară, contracții musculare, respirație rapidă și ușoară, paloare tegumentară. Acestea sunt răspunsuri adaptative care pot accentua o tulburare psihică preexistentă.

Pe termen lung, reacțiile la stres se împart în 4 categorii: somatice, cognitive, emoționale și comportamentale.

1. Reacții somatice – apetit alimentar capricios, inapetență, indigestii frecvente, crampe sau spasme musculare, dureri de cap, migrene, alergii, insomnii, stare de rău sau oboseală, viroze frecvente.

2. Reacții cognitive – scăderea capacității de concentrare, dificultăți de memorie, dificultăți în luarea deciziilor, gânduri negative despre sine, blocaje ale gândirii, idei suicidare.

3. Reacții afective – iritabilitate, neîncredere în viitor, sentimentul că este fără valoare, izolare socială, dificultăți în a se distra și relaxa, pierderea interesului pentru activități preferate.

4. Reacții comportamentale – la cei mici reîncepe plînsul nemotivat, reiau suptul degetului și legănatul, refuzul de a dormi singur, teama de întuneric, pavor nocturn, enurezis, iar la cei mari se pot identifica modificări de tipul peformanțelor scăzute școlare, fumat, consum de alcool și/ sau droguri, tulburări de somn, izolare, comportamente agresive.

Înainte de a pedepsi copilul, părintele trebuie să clarifice originea agresivității sau eventualele conflicte nerezolvate.

Stresul și strategiile de coping:

Reacțiile la stres ale unui copil pot fi diferite în raport cu resursele copilului, abilitățile lui cognitive, capacitatea de control emoțional sau conduitele acestuia. Copiii trebuie să învețe să se confrunte cu stresul, ei trebuie să capete încredere în sine și să reușească să înțeleagă corect situația, ceea ce este foarte greu însă, este că ei nu pot să evite anumiți stresori.(ex, părintele alcoolic).

Cele mai frecvente mecanisme de coping de a face față sunt în general: căutarea suportului social, al familiei, al prietenilor, rezolvarea problemelor, căutarea de informații, tehnici de relaxare, sau recreere, umorul.

Se pot dezvolta programe de confruntare cu stresul la copil bazate pe învățarea relațiilor dintre gânduri și cognitii, dezvoltarea capacității de a vorbi despre stres, căutarea informațiilor despre stres și, în raport cu acestea, restructurarea cognitivă, adică schimbarea părerii despre ceea ce se întâmplă. Abilitatea de a vorbi despre stres este un bun predictor al adaptării eficiente.

Cele două modele fundamentale de abordare sunt:

- copingul orientat către problemă (către rezolvarea ei);
- copingul orientat către emoție (controlul emoțional).

Cel orientat emoțional îl învață pe copil să se relaxeze, să-și reducă starea de tensiune, eventual prin distragerea atenției, implicarea în activități, în timp ce copingul orientat către probleme îl ajută să și le rezolve, să găsească alternative de ieșire din situația de stres. Ca reacții la stres pot fi enunțate suicidul, consumul de alcool, refuzul școlar, depresia. La fete, stresorii interpersonali, conflictele cu

colegii, prietenii, sunt mai relevante în timp ce la băieți se situează prioritar performanța școlară, sportivă.

PREVENȚIA ȘI MANAGEMENTUL STRESULUI

Problema interesează deopotrivă educatorii, profesorii, părinții fiind absolut necesare existența de programe educaționale de promovare a sănătății mintale.

Prevenția primară

Dintre cele trei categorii existente, un rol aparte îl au programe de prevenție primară care au ca obiectiv reducerea riscului de dezvoltare a unor probleme emoționale și comportamentale prin atitudini de protejare a sănătății. Programele de prevenție primară din școli se focalizează pe dezvoltarea strategiilor eficiente de coping, comunicare asertivă, rezolvare de probleme, luare de decizii, exprimare emoțională.

Managementul stresului la copii și adolescenți (Baban și Petrovai, 2001) cuprinde mai multe etape:

1. Informarea privind sursele de stres

• identificarea surselor de stres (examene, etc.);

• anticiparea perioadelor de stres și alcătuirea unui plan de acțiune (de învățat);

• informarea privind strategiile eficace de adaptare la stres (sport, relaxare);

2. Conștientizarea reacțiilor la stres

• identificarea și exprimarea emoțiilor față de anticiparea evenimentului (anxietate, iritabilitate, nemulțumire);

• identificarea reacțiilor imediate (irascibilitate) și de lungă durată (neajutorare, frică) față de eveniment;

• identificarea reacțiilor comportamentale și fiziologie (izolare, evitare, stare fizică de rău);

• identificarea reacțiilor cognitive (ce cred despre eveniment, ce cred despre capacitatea mea de a face față);

• evitarea autoblamării sau blamării altora pentru eveniment;

• identificarea tendințelor neadaptative ale gândirii față de eveniment și față de sine;

• reevaluarea evenimentului stresant prin prisma gândirii pozitive.

3. Dezvoltarea de abilităţi şi comportamente de management al stresului

• dezvoltarea asertivităţii;

• dezvoltarea comunicării pozitive cu ceilalţi;

• învăţarea tehnicii de a spune NU;

• identificarea şi rezolvarea conflictelor atunci când apar;

• învăţarea metodelor de rezolvare a problemelor şi de luare a deciziilor;

• învăţarea unor metode de relaxare.

4. Stabilirea şi menţinerea unui suport social adecvat

• solicitarea ajutorului direct şi receptivitate faţă de acesta;

• dezvoltarea şi menţinerea unor relaţii de prietenie.

5. Dezvoltarea unui stil de viaţă sănătos

• menţinerea unei greutăţi normale;

• practicarea regulată a exerciţiilor fizice;

• practicarea unor exerciţii de relaxare;

• renunţarea la consumul de alcool şi la fumat;

• practicarea unor comportamente alimentare sănătoase;

• managementul timpului.

6. Dezvoltarea stimei de sine

• stabilirea priorităţilor şi limitelor personale;

• participarea la activităţi care dezvoltă stima de sine;

• stabilirea unor scopuri realiste.

Prevenţia secundară implică reducerea factorilor de risc la grupurile cu risc crescut pentru dezvoltarea unor tulburări afective sau comportamentale (depresie, anxietate). Sunt deosebit de importante, în aplicarea prevenţiei pentru depresie, anxietate, anxietatea de separare, refuzul şcolar, suicidul, agresivitatea.

Prevenţia secundară se realizează în situaţiile în care se identifică un grup cu risc crescut pentru a dezvolta tulburări emoţionale sau comportamentale. Factorii de risc pentru problema identificată: anxietatea parentală, stilul parental, factorii protectori, suportul social, abilităţile de coping, grupurile ţintă, copii, adolescenţi, părinţi, profesori, metode de prevenţie utilizate, exerciţii de relaxare,

metode de evaluare şi monitorizarea progresului copiilor şi adolescenţilor.

Prevenţia secundară se sprijină şi pe dezvoltarea abilităţilor de coping necesare pentru prevenirea anxietăţii, dar şi pe găsirea de metode de a depăşi dificultăţile fără a avea consecinţe negative.

Model de program integrativ de prevenţie (secundară) (Spence, 2000).

1. Metode focalizate pe copii şi adolescenţi:

• modelarea abilităţilor de coping prin activităţi care să surprindă modul eficient în care colegii sau adulţii fac faţă unei situaţii de stres (prin joc de rol, vizionare de casete);

• instruirea directă în utilizarea unor strategii de coping cum ar fi învăţarea de exerciţii de relaxare, exerciţii de respiraţie, distragerea atenţiei, afirmaţii pozitive despre sine;

• joc de rol, repetiţia comportamentală şi practicarea unor strategii de coping în situaţii de stres;

• învăţarea modului de utilizare a întăririlor pozitive, întărirea unor comportamente pozitive ;

• oferirea de informaţii despre sursele de stres, factorii de stres, mecanismele de adaptare eficientă, care dau un sentiment de control asupra situaţiilor de stres;

• dezvoltarea deprinderilor de a căuta şi de a utiliza resursele suportului social;

• dezvoltarea abilităţilor de rezolvare a problemelor şi luare de decizie în situaţii de stres.

2. Metode focalizate pe părinţi:

• modelarea comportamentelor pozitive de coping adaptativ;

• învăţarea încurajării şi întăririi comportamentelor pozitive ale copiilor în care se utilizează comportamente eficiente de coping;

• reducerea propriilor comportamente dezadaptative şi a mecanismelor ineficiente de adaptare la stres;

• reducerea comportamentelor de supraprotecţie a copiilor şi a frecvenţei în feedback-ul oferit copiilor;

• încurajarea copiilor să-şi utilizeze în situaţii reale de viaţă mecanismele eficiente de coping.

3. Metode de intervenţie la nivel mediu (şcoală, comunitate).

Reducerea situaţiilor de risc printr-o politică educaţională care să integreze în programa analitică prevenirea tulburărilor emoţionale şi comportamentale la copii şi adolescenţi şi promovarea sănătăţii mintale.

Reducerea factorilor de risc prin programe educaţionale adresate copiilor şi adolescenţilor.

Un exemplu de program care are ca obiective dezvoltarea abilităţilor de protecţie pentru copii în situaţii de stres I CAN DO, este programul pentru elevii din care IV-V şi cuprinde 13 sesiuni de 45 de minute.

Arnold Ruttner (2002) oferă un **program de prevenţie realizat de către părinţi** constînd în :

- Asigurarea pentru copil a unui cămin sigur, securizant, familiar, consistent şi pe care se poate baza ;
- Să fie selectivi în alegerea programelor TV pe care le văd copiii întrucât pot provoca anxietate şi frici ;
- Să petreacă destul timp cu copiii şi să fie relaxaţi ;
- Să încurajeze copilul să pună întrebări ;
- Să încurajeze exprimarea grijilor, fricilor ;
- Să-şi asculte copilul fără să fie critici;
- Să-i crească copilului stima de sine, sentimentul de auto-împlinire;
- Să încerce să implice copilul în activităţi pe care ştie că le poate face ;
- Să folosească încurajarea pozitivă şi recompensa în loc de pedeapsă ;
- Să-i permită copilului să aleagă şi să aibă într-o anumită măsură control asupra vieţii proprii ;
- Să încurajeze activităţile fizice ;
- Să ajute pe copil să conştientizeze activităţile stresante, care pot include experienţe noi, teama sau rezultate neprevăzute, senzaţii neplăcute, pierderea cuiva drag, dorinţe neîmplinite ;
- Să recunoască simptomele stresului ;
- Să informeze copilul despre schimbările anticipate (schimbări de domiciliu etc.);

• Să caute ajutor profesonist când semnele de stres nu dispar ;

• Cea mai bună intervenție este să i se vorbească copilului despre situație;

• Copiilor mici li se pot citi povești potrivite vârstei despre tipurile de stres implicat, se pot juca cu copiii pe teme de stres, joc de rol și desen;

• Copiii mai mari sunt capabili să vorbească despre stres, părinții pot să dea explicații despre semnele stresului;

• Părinții să fie empatici dar să nu se implice în rezolvarea stresului, în raport cu vârsta copilului;

• Să vorbească copiilor despre ciclul vieții și despre moarte ca o parte a vieții, (vezi florile din grădină).

• Să fie vizitați prietenii și persoanele în vârstă din familie;

• Să se mențină în sufletul copilului dragostea de școală, chiar dacă nu are performanțe grozave.

Prevenția terțiară are ca obiectiv reducerea duratei îmbolnăvirii și creșterea calității vieții persoanelor cu diverse tulburări cronice, prin organizarea de grupuri de suport pentru copiii care au dezvoltat reacții depresive după divorțul părinților sau după un accident.

Colaborarea cu consilierul școlar, cu psihiatrul, cu psihologul este obligatorie și foarte utilă.

ABUZUL FIZIC AL COPILULUI

Constantin Oancea

Sindromul a fost descris de Kempe şi colab. (1962) şi se referă la injurii neaccidentale produse copilului de un părinte sau cineva care îl are în grijă, şi include o întreagă serie de răniri. Abuzul copilului trebuie diferenţiat de neglijare care se referă la eşecul părintelui de a asigura îngrijire fizică şi supraveghere. Marcelli (2003) introduce în categoria abuzurilor, **neglijenţa faţă de copil şi abuzul moral.** Deşi mai puţin evident abuzul moral reprezintă o manieră mai subtilă de a agresa un copil, este foarte divers şi include ca exemplu de pedepse: să stea în picioare cu o mână în sus, să stea într-o poziţie rigidă, nemişcat şi multe altele. Are un efect psihologic destructiv. Trebuie luat în considerare şi **copilul zguduit**. Zguduirea este forma cea mai fecventă de abuz observată la sugari. Acest tip de abuz îl exercită părinţii care au mai multă putere. Prin zguduirea rapidă a copilului se pot produce hemoragii retiniene şi intracraniene, fractura oaselor la nivelul extremităţilor şi leziuni ale articulaţiilor. Se pot combina cu lovirea de o suprafaţă dură, de exemplu masa. Cam 1/3 din copiii zguduiţi mor, iar ceilalţi pot face paralizie cerebrală, epilepsie, retard mintal sau pierderea vederii.

Posibilitatea unui abuz fizic trebuie luată în considerare la fiecare copil care prezintă o rănire. Rănirea gravă duce la fracturi, traumatismul cranian fiind cea mai frecventă cauză de moarte la copiii sub 2 ani. Pentru diagnostic este necesar un istoric îngrijit şi examinarea fizică, eventual un examen radiologic al sistemului osos şi teste de laborator pentru a verifica posibilitatea unei sângerări. Deşi nu este nici un semn patognomonic, diagnosticul poate fi pus în raport cu datele din istoric, examinarea fizică şi observarea copilului şi a părintelui.

În istoric se întîlnesc următoarele situații:

• întârziere neexplicată în aducerea copilului la tratament ca urmare a leziunilor;

• istoricul prezentat de părinți este neplauzibil și contradictoriu;

• istoricul este incompatibil cu datele fizice;

• părintele acuză pentru rănire o soră sau o altă persoană;

• părintele afirmă că, copilul s-a rănit singur;

• copilul a mai fost dus la alte spitale pentru tratamentul rănilor;

• copilul acuză părintele că l-a rănit;

• părintele are un istoric anterior de abuz când era copil;

• părintele are așteptări nerealiste și premature de la copil;

• părintele este indiferent față de rănirea copilului.

Datele fizice. Răni patognomonice tipice asociate de obicei cu pedeapsa fizică, ca vânătăi pe fese sau pe spate, coapse, vânătăi în regiunea genitală sau între picioare care ar rezulta din udatul patului sau encoprezis. Vânătăile și leziunile țesuturilor moi sunt în diferite stadii de vindecare (leuiuni de vechimi diferite). Vânătăile cu configurație specială - urma palmei, semne de înhățare, semne de curea sau de ciupire indică de obicei abuzul. Anumite tipuri de arsuri ca multiple semne de arsuri de țigareta, arsuri pe perineum și coapse, semne de opăreală. Trauma abdominală care duce la ruptura splinei, multiple fracturi costale produse de sângerări pe torace, injurii ale ochilor, ale urechii, fracturi în spirală, tumefacții craniene.

Trebuie făcut un diagnostic diferențial medical cu diferite afecțiuni. Copiii se mai pot răni și singuri sau pot fi agresați de un frate, din gelozie, ca urmare trebuie examinați. De obicei, fratele abuzator are un istoric de abuz el însuși.

Diagnosticul se bazează pe:

• caracterul și asocierea leziunilor, aspectul copilului;

• ameliorarea rapidă și inexplicabilă în cazul internării în spital sau separării de părinți;

• discordanța dintre datele clinice și rezultatele discuției cu părinții. Problema mărturisirii de către părinți este variabilă, există părinți care mărturisesc cu vinovăție, alții vorbesc de neglijență, neatenție sau neagă, învinovățind copilul. (Atenție la alte decese în fratrie, moarte subită, deces neexplicat!!).

Etiologie. Se consideră că în geneza abuzului se împletesc numeroşi factori în care cei parentali se împletesc cu factorii de mediu, socio-culturali şi cu caracteristicile copilului. S-a discutat despre nivelul socio-economic scăzut, promiscuitate, dimensiunea mică a locuinţei, frecvenţa mare a schimbărilor familiale (separări, recăsătorire, mame singure). Mamele au în medie vârsta de 26 de ani, taţii de 30 de ani.

Abilitatea de a creşte un copil este influenţată profund de propria experienţă de copil în contact cu persoanele care l-au îngrijit. Steele (1976), Green (1980) au arătat importanţa deprivării, singurătăţii, neglijării, plasamente multiple, şi abuzul fizic în trecutul părinţilor abuzatori. Se adaugă interacţiunile negative cu proprii părinţi care sunt adesea ei înşişi victime ale relelor tratamente, trăirile negative cu tatăl lor sau cu mamele lor abuzatoare. Mama apare frecvent imatură, egocentrică şi narcisică. Dorinţa de reparaţie a propriei sale carenţe reprezintă motivaţia de a avea un copil. În acest caz, este fericită şi se aşteaptă din partea copilului o stare asemănătoare. Ea interpretează plânsetele copilului că ar traduce furia copiluiui faţă de ea, că este rău, ca are ceva cu ea (Marcelli 2003). El îşi murdăreşte scutecele pentru a o pedepsi, a o supăra. La aceste mame foarte carenţate, conduitele copilului sunt resimţite în raport cu propriile nevoi, fiecare manifestare autonomă a copilului este resimtiţă ca un atac, reproş. La acest fond carenţat se adaugă impulsivitatea, maltratarea fizică survenind într-un moment de descărcare agresiv-impulsivă. Unii părinţi carenţaţi sunt profund angoasaţi de plânsetele copilului care reactivează frustrările vechi şi vor să le stopeze imediat, iar dacă nu reuşesc îşi descarcă angoasa în gestul impulsiv agresiv.

Printre caracteristicile părinţilor abuzatori se enumeră: stima slabă de sine, reflectând rejecţia cronică, criticismul pe care l-au suferit în copilărie, există o ridicată prevalenţa de afecţiuni psihiatrice, părinţi alcoolici (30%), personalitate antisocială, personalitate labilă, mai mult de jumătate au inteligenţă slabă, borderline, debilitate, rareori psihoze halucinatorii, sunt fanatici, religioşi, de tipul martorii lui Jehova. Mamele pot avea psihoza puerperală, depresie postpartum şi pot fi părăsite, ceea ce aduce un risc crescut asupra sugarului.

Un mare procentaj sunt familii cu situație economică precară, familii multiproblemă, mamele abuzatoare care trăiesc izolate și au mai puține contacte cu alte mame. Toate acestea au un efect cumulativ asupra abilităților lor de parenting și contribuie la predispoziția lor la abuz.

De exemplu, părintele predispus la abuz, impulsiv și cu un trecut de abuz îngrijind un copil vulnerabil la risc, care ar putea fi neresponsiv sau hiperactiv ar putea să și abuzeze copilul în condiții de adversitate, izolare socială, lipsa unei soții suportive etc. Tații pot fi geloși pe atenția acordată copilului de către mamă.

Kempe vorbește despre criza familială ca factor declanșator al maltratării, criza legată de agravarea condițiilor afective și materiale, neînțelegeri de cuplu, o noua naștere, mutare cu izolare socială, șomaj, spitalizarea unui membru al familiei. Copiii sunt frecvent izolați de familia lor, de origine, de bunici, pot avea rupturi, conflicte, respingere sau ambivalență. De obicei sunt implicați mai mulți membri ai familiei, unul este bătăușul și celălalt asistă pasiv sau îl provoacă. Aceștia din urmă se comportă ca niște complici, găsesc scuze, se înțeleg bine. În aceste situații pronosticul copilului este grav.

Atitudinea societății față de violență și pedepsele corporale ar putea contribui la abuz sau nu. Se consideră că și statusul socio-economic scăzut, sărăcia cresc stresul de mediu, dezorganizează familia, șomajul, venitul inadecvat, locuința proastă și un număr excesiv de copii. Familiile sărace din orașe conduc la un model de comportare transgenerațional cu utilizarea pedepsei fizice și forme autoritare de educație. Cei care abuzează din clasa mijlocie ar avea mai multe trăsături de personalitate ce predispun la abuz, care ar putea fi activate de stresuri mai mici. Ei asigură necesitățile de bază și pot delega educația unor educatori plătiți. În schimb în condiții de mediu foarte stresante cei săraci pot abuza copiii fără a avea predispoziții de personalitate.

Copiii pot avea și ei unele caracteristici defavorabile, precum vârsta mică, copilul handicapat motor și psihomotor, cu diformități fizice, provenit din legătura adulterină, frecvența crescută de prematuritate, antecedente de spitalizare sau de diverse plasamente. Părinții se plâng de dificultăți precoce în creșterea copilului, tulburări de somn și de alimentație pe care le interpretează drept manifestări de agresivitate sau dezaprobare a copilului la adresa lor.

În ultimul deceniu s-au depistat mai multe cazuri decît în trecut datorită sensibilizării corpului medical şi a opiniei publice faşă de acest fenomen.

Interacţiunea părinte – copil în familiile abuzatoare. Există importante devieri de la normă. După cum exprimă şi Burgess şi Conger (1977) care raportează rate mai mici de interacţiune cu mai puţine contacte pozitive şi o creştere a comportamentelor negative. S-a observat o slabă interacţiune mamă – copil, cu o responsivitate scăzută a copilului. Mamele interacţionau mai puţin cu copiii şi adesea îi ignorau, mamele verbalizau mai puţin şi nu reuşeau să angajeze sugarii lor în jocuri. În diada abuzatoare există o spirală negativă de reîntărire reciprocă. Un maternaj inafectiv duce la retragerea copilului şi la discomfort, iar mama poate ajunge la frustraţie, rămânând o asincronie în comportamentele lor.

Caracteristicile copiilor abuzaţi. Trauma este evidenţiată nu numai prin agresiunea fizică, ci şi printr-un climat patologic de lungă durată a creşterii lor, cu metode dure de pedepsire, intensă sub– sau suprastimulare, ignorarea nevoilor copiilor.

Simptomatologia acestor copii include tulburări anxioase, depresive, scăderea imaginii de sine, discontrol al impulsurilor, afectări cognitive, afectarea sistemului nervos central, tulburări anxioase, tulburări de somn, coşmaruri, tulburări psihosomatice. Unii copii abuzaţi îndeplinesc criteriile şi simptomele PTSD cu hipervigilenţă, relaţionare anxioasă şi înfricoşată cu adulţii, cu aşteptări de pedepsire şi critică, pândesc aprobarea adultului pentru cel mai mic gest care, totodată creează un gest de apărare din partea copilului.

Tulburările paranoide şi de suspiciozitate afectează încrederea fundamentală. Se vorbeşte de «alerta îngheţată» referindu-se la hipervigilitatea şi frica copilului mic, care scanează mediul pentru a identifica potenţiali indivizi agresori. Aceste comportamente pot fi precursori ai comportamentului paranoid al adultului.

La polul opus, pot fi copii dezinhibaţi, prietenoşi excesiv cu străinii, nepăsători la plecarea părinţilor. La copilul mai mare se descriu 2 tipuri de comportament : unul de mare timiditate cu repliere

temătoare şi altul cu instabilitate accentuată, cu comportamente haotice şi violente. Copiii sunt agitaţi, hiperactivi, provocatori.

Având o imagine de sine alterată ca urmare a pedepselor şi a umilinţelor cronice, copiii ameninţaţi mereu ajung să creadă că este din pricina propriului comportament greşit, că sunt răi, pentru că ar fi făcut prostii. Sentimentul de devalorizare poate să ducă în timp la depresie.

Depresia şi comportamentul suicidar apar ca urmare a unei retrageri afective şi sociale, marcate şi prin diminuarea capacităţii de a simţi plăcerea, precum şi o predispoziţie pentru afecte negative, ca tristeţea, supărarea şi mânia. S-a descris un „nucleu de tulburări afective" (Green, 1978) între care şi comportamentul autodistructiv, incidenţă a trăirii depresive şi de neajutorare. Copiii au un locus extern al controlului cu convingerea că ei nu pot face nimic care să influenţeze mediul. Mulţi copii abuzaţi adoptă un stil de viaţă dependent de durere, de autolovire, asemănător cu victimizarea prin folosirea de obiecte sadice care amintesc de părintele abuzator.

Pierderea controlului impulsurilor precum şi comportamentul agresiv al copiilor abuzaţi se realizează prin identificarea cu agresorul ca mecanism de apărare. Unui copil crescut într-o relaţie de violenţă i se pare aceasta firească, normală. Victimele abuzului fizic trec la asalturi în şcoală, pot iniţia comportament antisocial şi delincvent şi sunt prezintă riscul să molesteze viitorii lor copii. Tulburările de comportament în raport cu ceilalţi copii (impulsivitate, agresivitate) conduc la izolare socială sau la relaţii numai cu copii agitaţi, agresivi, ceea ce accentuează cercul vicios devalorizare-excludere. Se poate produce un proces de identificare cu agresorul, copilul suportă pasiv relaţia cu părintele agresor, dar trece la agresiune faţă de alţi copii.

În cadrul identificării cu agresorul se poate produce erotizarea relaţiei, copilul simţind plăcere sexuală, sau poate provoca adultul pentru a obţine plăceri secundare. Se întâmplă când copilul este foarte mic (2-3 ani).

Afectarea cognitivă şi a limbajului ar putea fi cauzate de inhibiţie la copiii bătuţi frecvent, cu dificultăţi şcolare, de concentrare, agitaţie, nerespectarea regulilor şcolare, eşec şcolar care agravează relaţiile părinte-copil.

Afectarea sistemului nervos central, fracturi ale craniului, hematoame subdurale pot afecta sistemul nervos, dar alte adversităţi

ale mediului, cum ar fi trauma perinatală, malnutriția, substimularea senzorială pot produce leziuni ale sistemului nervos central.

Prognostic. Foarte puțini copii rămân fără sechele emoționale după asemenea tratamente, mai ales în stituațiile în care s-a păstrat un cadru de viață stabil și echilibrat afectiv. Există copii profund perturbați, cu stări prepsihotice sau cu tulburări de personalitate sau nevrotice.

Tratament. Importantă este semnalarea cazului. Cel mai frecvent o fac medicii școlari, psihologii școlari, asistentele medicale către serviciul de protecție a copilului. În fiecare țară sunt scheme diferite de intervenție.

Scopurile majore ale tratamentului sunt să protejeze copilul de alte injurii și să întărească capacitatea familiei de a crește copilul. Intervenția ar încerca să modifice predispozițiile de personalitate patologice ale părintelui într-un climat suportiv cu un stres de mediu redus și să reducă simptomele copilului. Dacă este posibil, copilul va rămâne acasă, dacă riscul e prea mare, va fi plasat temporar în afara casei. Pot să apară perioade de criză familială cu risc crescut, de aceea, familia cu abuz trebuie să rămână în supravegherea asistenței sociale, pentru a se lua măsuri de separare în asemenea perioade.

Mulți părinți care își abuzează copilul nu o fac din răutate conștientă, ei sunt debordați de propria reacție agresivă, dar pot să simtă un atașament profund față de copilul lor. Alții acționează conform modelului lor cultural și nu înțeleg sensul intervențiilor din afară. Copilul poate să fie foarte atașat de familia sa.

Primul obiectiv în tratamentul părintelui abuzator este să i se asigure o *intervenție de criză*, care să reducă conflictul familial și stresorii de mediu. Odată ce familia este stabilizată, se poate folosi *terapia individuală* pentru a stabili o relație de încredere, suportivă cu părintele. Această terapie este menită să întărească imaginea de sine scăzută a părintelui, să reducă percepțiile greșite față de copil, să facă legătura între experiențele proprii ale părintelui și atitudinea actuală, să ofere posibilitatea de informare asupra metodelor adecvate de educație, și să dezvolte tehnici de creștere a copilului neabuzive disciplinar. Astfel, părinții vor obține plăcere din contactul cu copilul lor. Pot să se aplice un șir de intervenții moderne consiliere și psihoterapie, educația părinților, terapie de grup familială.

Intervenţia terapeutică cu copilul va lucra cu fiecare sechelă psihopatologică majoră a copilului. Pentru a-l elibera, se poate efectua retrăirea cu ajutorul păpuşilor, desenelor, jocului de rol. Se pun limite în agresiunea manifestată în timpul jocului şi se încurajează verbalizarea mâniei. Îmbunătăţirea stimei de sine se realizează prin contactul cu mediul terapeutic suportiv şi calm care reduce din hipervigilenţa şi suspiciunile copilului. Se va spune că bătăile provin din problemele parentale, nu din răutatea lui. Se vor corecta dificultăţile de învăţare, meditaţii. Preşcolarii şi sugarii se tratează în grădiniţă. O evaluare eficientă a interacţiunii patologice părinte-copil trebuie să elimine distorsiunile în percepţia părintelui asupra copilului, să ajute părintele să înţeleagă semnalele copilului şi să identifice şi să schimbe interacţiunile frustrante mutual dintre părinte şi copil.

Prognosticul depinde de capacitatea părintelui de a schimba propriile practici abuzive de îngrijire şi de a îmbunătăţi abilităţile de parenting. Prognosticul pentru copil depinde de capacitatea sa de a se desprinde de psihopatologie. Totul depinde de aceste intervenţii psihoterapice.

Rezultatele unei evaluări naţionale sunt mai degrabă descurajatoare, întrucât 30% dintre părinţi au reînceput abuzul în timp ce erau în programul terapeutic. Numai 42% din părinţi păreau că şi-au redus comportamentele abuziv. Copiii au avut o rată de îmbunătăţire de 70%.

Într-un program mai amplu, rata a crescut, deoarece 2/3 din părinţi aveau îmbunătăţiri, unii părinţi veneau şi cereau ajutor (aceştia au cel mai mare potenţial de îmbunătăţire). Un rol important în aceste cazuri l-a avut folosirea telefonului de ajutor şi vizitele la domiciliul copiilor.

În urma tratamentului, chiar dacă abuzul nu este integral eliminat, se pare că părinţii sunt mai puţin dispuşi să se comporte agresiv cu copiii lor.

ABUZUL SEXUAL AL COPILULUI

Constantin Oancea

Abuzul sexual caracterizează exploatarea sexuală a unui copil de către un individ mai în vârstă, copilul nefiind în stare din cauza vârstei să înțeleagă natura abuzului și să îi opună rezistență. Abuzul sexual se poate exprima prin :

• evocare sexuală (telefoane, exhibiționism, imagini pornografice, limbaj obscen);

• stimulare sexuală (contact erotic sau pornografic, masturbare, contacte genitale incomplete, participare forțată la sexualitatea unui cuplu) ;

• act sexual, tentativă de viol sau viol cu penetrare vaginală, anală, orală.

După unii autori, abuzul sexual asupra copilului este un fapt des, dar nu este raportat. Abuzul sexual poate continua timp de ani de zile și produce afectări emoționale durabile. Abuzul sexual este numai o parte a abuzului fizic și emoțional întâlnit frecvent în familiile disfuncționale. Are mare componentă socială Finkelhor (1984), este în asociere cu familiile cu venit scăzut, sau slabă educație parentală, o rată ridicată de tulburări sociale. Abuzul sexual este totuși o problemă psihiatrică, pentru că poate duce la tulburări imediate și la sechele pe termen lung, de tipul depresiei, somatizării sau *posttraumatic stress disorder*, cu trăiri de vinovăție și de răutate, cu imagine distorsionată asupra sexualității în viața de adult. Când simte plăcere din raporturile sexuale vinovăția este mai mare. Copiii pot fi rejectați de părinți. Trebuie depistat, mai ales dacă copilul prezintă un grad ridicat de erotizare, trebuie făcut un interviu direct cu copilul, din care se pot identifica experiențele sexuale anormale.

Indicatorii posibil ai abuzului în familie includ o structură rigidă patriahală, relații maritale proaste, confuzii de rol, delimitări vagi și izolare socială.

În general se raportează 10% din cazuri în USA. Abuzul sexual nu a fost niciodată bine definit. În unele studii aceasta se referă la o întâlnire întâmplătoare cu un exhibiționist, voaierism, mângâieri, alte studii se referă la o relație sexuală de lungă durată cu un adult. Multe studii nu iau în seama coerciția, sau dacă copilul este crescut de către abuzator. Copilul poate fi abuzat de o baby-sitter, de rude sau de învățător.

Percepția abuzului de către copil este variabila funcție de afectarea emoțională.

În majoritatea studiilor, percepția copilului nu este luată în atenție, mulți cercetători consideră că orice molestare sexuală este traumatică. Dacă abuzul sexual constă în mângâieri, o întâlnire întâmplătoare cu un exhibiționist sau jocul de-a doctorul cu alți copii, copilul poate să perceapă evenimentele ca normale, non-abuzive și fără hărțuire. În întâlnirile sexuale cu copiii, adulții descriu că 20% nu includ contacte fizice, iar 53% implică numai unele mângâieri sexuale. Putem concluziona astfel :

1. abuzul sexual este un eveniment frecvent,
2. poate fi asociat cu daune emoționale severe și durabile,
3. mulți indivizi care au fost abuzați continuă să funcționeze bine,
4. câteodată pot să apară false acuzații,
5. în anumite circumstanțe s-a făcut mai mult rău decât bine prin intervențiile propuse,
6. serviciile sunt slab pregătite pentru aceste aspecte,
7. copilul poate fi abuzat prin serviciile de investigare și de procedurile proceselor.

Istoric – în secolele 16-17, familiile nu aveau intimitatea pe care o cunoaștem acum, membrii familiilor, servitorii, toți mâncau și dormeau împreună în aceeași cameră. Subiectele sexuale nu erau ascunse de copii, se discutau în grup. Jocurile sexuale între copii și adulți erau permise întrucât nu exista noțiunea de abuz.

La începutul secolului 19, romantismul literar și gradul de educație a părinților au produs schimbări. Acești părinți au început să

vadă copilul ca pe o ființă inocentă și asexuală. Funcția familiei a fost redefinită ca să protejeze copilul inocent de lumea coruptă. Părinții au ascuns interesele lor sexuale în fața copiilor, au protejat copiii de cunoștințele sexuale, pentru a păstra starea naturală de inocență a copiilor. Discuțiile despre sex au fost reglate puternic în școli și comunități. În secolul 20 a crescut grija pentru binele copiilor, fiecare copil este văzut ca o ființă specială, copiii nu mai sunt proprietatea familiei. Ei au dreptul de a fi protejați și hrăniți. Ideea că și copiii au drepturi a născut mișcarea de *advocacy* și, implicit eforturile de a proteja copiii de a fi abuzați sexual.

Deși copiii ar putea fi mai bine protejați, ei tind să fie confuzi și anxioși în ce privește sexualitatea. Li s-au prezentat (în SUA și în alte țări), pericolele abuzului sexual în termeni dramatizați, însă sunt feriți de informația sexuală normală în școli și acasă. Noi nu știm ce gândesc copiii despre subiect, întrucât este o interdicție severă în privința chestionării copiilor asupra gândurilor lor sexuale și a experiențelor sexuale, în afara interviurilor despre abuzul sexual.

Kinsey (1953) a stabilit că un număr mare de femei și mai puțini bărbați au experimentat o întâlnire sexuală cândva în cursul dezvoltării sexuale. Cam 80% din cazuri sunt fete. Astăzi se spune că între 1/5 și 1/3 din fetele din colegii au avut o experiență cu un bărbat adult (Finkelhor 1956), la circa 15 % din femei, experiențele sexuale sunt de termen lung și adesea includ o persoană din familia lor. Experiența nu include de obicei raporturi sexuale. Cam 5% dintre copii sunt abuzați sexual în familie, în majoritatea cazurilor ca o unică experiență, abuzul de către tați și tați vitregi nefiind foarte frecvent. Băieții au predispoziție mai mare de a fi molestați de străini, iar fetele în familie. Când sunt molestați băieții de către bărbați ei pot fi îngrijorați că ar putea fi homosexuali. Băieții abuzați au o varietate de reacții, de la pierderea stimei de sine (Rush 1980), la rușine profundă și senzație de neajutorare (Freeman – Longo 1986), și pot exprima preferințe homosexuale mai frecvent. Bărbații care au fost abuzați în copilărie se spune că sunt predispuși către producerea de abuzuri sexuale. Majoritatea delincvenților sexuali adulți raportează abuzuri și traume în copilărie, adesea efectuate de mai multe persoane și pe perioadă extinsă, iar băieții mai mari care abuzează copii mici raportează experiențe asemănătoare. Mulți abuzați rămân persoane normale.

Există mai puţin abuz în prezent pentru că există o balanţă mai echilibrată a puterii în familie, iar implicarea crescută a bărbaţilor in îngrijirea fizică a copiilor reduce riscul de abuz.

Teorie

Finkelhor şi Browne (1986) sugerează că traumatizarea copilului depinde de 4 factori : sexualizarea traumatică, lipsa de putere, stigmatizarea şi trădarea.

Sexualizarea are rădăcini în stimularea precoce şi duce la un comportament sexual timpuriu inadecvat.

Lipsa de putere provine din circumstanţele asupra căruia copilul nu are nici un control şi duce la trăiri de frică, anxietate, neajutorare.

Stigmatizarea este secundară simţământului copilului că este un copil rău sau afectat şi urmează descoperirii abuzului de către alţii, duce la ruşine şi vinovăţie.

Trădarea provine din comportamentul inadecvat al persoanei de încredere şi duce la deziluzie şi mânie.

Există o serie de variabile care influenţează simptomatologia şi pronosticul în abuzul copilului, vârsta copilului, durata abuzului, frecvenţa, gradul de coerciţie şi trauma fizică, relaţia între copil şi abuzator, personalitatea copilului, reacţiile familiei după descoperire.

Familiile incestuoase

Majoritatea abuzurilor se petrec în familie şi includ rude. Se vorbeşte de relaţii incestuoase, frecvent de ambianţă sau climat incestuos. În 30-40% din cazuri abuzatorii sunt taţii biologici (adevăraţi). Mamele abuzatoare sunt foarte rare. Situaţiile incestuoase încep înainte de 10 ani. În ceea ce priveşte familiile incestuoase, ele au următoarele caracteristici: dramele de acest tip se repetă pe mai multe generaţii, există o disfuncţie familială importantă, copilul nu este recunoscut ca subiect (Marcelli 2003).

La vârsta de 8-10 ani sau mult mai devreme, copiii devin victime, începîndu-se prin atingeri, exhibiţionism. Iniţial atmosferă de seducţie, după aceea se trece la constrângere şi ameninţare. Pot favoriza incestul şi îngrijirile corporale ale copilului bolnav somatic cronic de către părintele abuzator.

Taţii abuzatori, bărbaţi cu realizări de succes, aparent responsabili, din clasele superioare, pot abuza, dar sunt mai greu de

depistat şi pedepsit decât cei din clasele inferioare. Abuzatorii sunt descrişi în limite largi ca bărbaţii care controlează şi intimidează, consumatori excesivi de alcool, având servicii instabile. Sunt social inhibaţi şi incapabili să dezvolte relaţii în afara familiei, unii sunt religioşi şi refuză ideea relaţiilor extraconjugale. Mai rar au trăsături psihopatice, sunt deficienţi mintal, alcoolici, prezintă o mare imaturitate afectivă, un trecut de carenţe şi separări. Relaţia este trăită într-o atmosferă de dependenţă. De fapt, sunt 2 tipuri de taţi incestuoşi (Balier):

– cel care îşi trăieşte propria perversiune depresiv, copil între copil, îi este milă de el însuşi, face din fata sa mama care ar fi vrut să o aibă (sunt pasiv-dependenţi);

– cel care justifică o atitudine de posesie sexuală a copiilor săi prin argumentări teoretice, este dictatorial (activ-dependent).

Mamele abuzatoare – majoritatea acestor mame iniţial au fost considerate psihotice sau tulburate sever, recent sunt considerate singuratice şi deprivate emoţional (Renshaw 1982).

Neveste şi mame – au fost descrise ca deprivate emoţional, depresive, neresponsive sexual şi infantile. Aceste femei sunt dependente de soţ şi pot să nu dorească să recunoască abuzul sexual din cauza fricii de ruptură maritală. Ele pot să rejecteze rolul maternal şi să-l transfere către fiică, care devine apoi incestuoasă cu tatăl. Mamele reproduc inconştient circumstanţele abuzive, sexuale sau violenţa pe care le-au trăit în copilărie. Lipsa de disponibilitate ca femeie şi ca mamă este o parte din circumstanţele de favorizare a incestului, deleagă tatălui îngrijirea copilului, lasă fetiţa să împartă patul cu tatăl său, se duce într-o cameră separată. O dată începută relaţia incestuoasă, poate dura ani de zile, mai ales dacă mama lucrează în afara casei şi nu cunoaşte ce se întâmplă. Mama poate să devină conştientă de abuz, dar nu vrea să-l dezvăluie pentru că este dependentă şi nu vrea să piarda suportul soţului. Poate să nege.

Fiicele sunt de obicei atractive fizic şi sexual. Sunt, de obicei, cea mai vârstnică sau unica fiică a familiei. Copiii selectaţi de părinţii abuzivi fie că au probleme fizice, fie că au handicap intelectual, pot să fie îndepărtaţi emoţional de mamă.

Modelul familiei incestuoase este marcat de slabe limite în aranjamente de somn, lipsa de intimitate şi un slab interes pentru *individual privacy*, bunuri sau drepturi. Tatăl îşi asumă un rol

dominant iar mama se retrage într-o poziție de pasivitate și dependență. Relația maritală se deteriorează, există neînțelegeri frecvente și mama poate refuza raporturile sexuale. Tatăl preia multe responsabilități de îngrijire față de fată și fata care primește puțină atenție de la mamă dorește să placă tatălui, preia unele responsabilități gospodărești. Furniss (1990) arată că în unele cazuri abuzul sexual pare să reducă conflictele sexuale conjugale și evită dezmembrarea familiei.

MANIFESTĂRI CLINICE SECUNDARE ABUZULUI SEXUAL LA COPIL

Leziuni fizice. În primele 24-48 de ore se pot produce contuzii, echimoze, sângerări până la leziuni genitale grave, infecții genito-urinare și boli transmisibile. Examenul fizic trebuie efectuat după o pregătire adecvată a copilului, nu trebuie brutalizat, grăbit pentru că s-ar produce un viol medical.

Simptomele psihologice sunt frecvente. Pot fi manifestări directe de suferință : plângeri somatice diverse, oboseală, tulburare alimentară cu apariție bruscă, anorexie, vărsături, refuz alimentar, tulburări de somn, anxietate la culcare, ritualuri, coșmaruri, treziri frecvente, tulburări afective, apatie, stare de alură confuză, dezinteres pentru joc, *facies* trist, plâns frecvent, până la o stare depresivă, tulburări de adaptare, dificultăți școlare bruște, izolare, refuz de a sta în casă sau în alt loc cu un adult, sau investire școlară exagerată.

Sunt două modele de reacție : tulburări de stres posttraumatic (PTSD) și comportamentul erotizat.

PDST poate apare când copilul violat este forțat să stea într-o poziție de profundă neajutorare, mai rar la copilul neabuzat fizic. Simptomele includ frică sau anxietate, reacții de tresărire, tulburări de somn, reamintiri, regresie, mânie, depresie și pot evolua ca o nevroză traumatică îndelungată.

Semnele sexuale: masturbare directă și prelungită, la copilul mic, conduită sexuală inadecvată, cu o curiozitate exprimată crud, limbaj sexual de adult, joc cu păpușile cu tematică sexuală. Copiii mici molestați se joacă cu jucăriile sau cu alte persoane în același mod cum au fost abuzați. Comportamentul sexual poate fi învățat în raport cu durata abuzului, pot desena organe genitale, pot solicita sex de la alți copii sau adulți. Pot deveni seducători și sunt în risc de abuz sexual, ca

urmare, trebuiesc protejați. Și copiii normali sunt erotizați, dorm în locuri aglomerate, au fantezii, se angajează în jocuri sexuale, văd reviste, filme. În aceste situații este stimulată mai curând fantezia sexuală, decât activitatea. Pot să se angajeze în comportament sexual după modelul văzut. Este greu de diferențiat erotizarea copilului normal de cea a celor abuzați. Cam 21% din copiii abuzați nu au nici un simptom.

Manifestări clinice la distanță

La adolescent pot să apară tentative de suicid, conduite sexuale deviante, homo sau prostituție, sarcini frecvente.

La adult : perturbări în viață afectivă, incapacitatea de a stabili legături durabile, o relație de încredere reciprocă, tulburări sexuale frigiditate, dispaurenie, dificultăți în a-și asuma funcția parentală, reproducerea frecventă a mizeriilor suferite de ei înșiși cu propriii copii. Se simt întotdeauna vinovați de a fi luat parte la actele respective, au sentimentul că sunt vicioși. Există și o curiozitate sexuală infantilă care ar stimula participarea, culpabilizată apoi. Studiile asupra femeilor care s-au declarat abuzate arată o rată crescută de depresie, nevroze, abuz de droguri și alcool și anxietate somatică. Printre simptomele asociate, care pot fi și din alte cauze, se enumeră neîncrederea, slaba stimă de sine, depresia, rezultate școlare slabe, trăsături isterice, retracție socială, atingerea imaginii corporale, fobii, tulburări de comportament, tulburarea borderline de personalitate (Everstine și Everstine 1989). Tulburările structurale pot fi marcate de trăsăturile depresive cu culpabilitate, rușine, devalorizare. Atingerea organizării narcisice duce la un sentiment de umilință, de subestimare majoră. La adult pot apărea manifestări de perversiune.

Diagnostic

Evaluarea este complexă, presupune cunoașterea dezvoltării copilului, a psihopatologiei, tehnici de interviu și dezvoltarea sexuală normală. La unii copii este dificil de găsit psihotrauma, ei pot fi mângâiați, dar dacă au văzut organele genitale ale familiei, înainte, acolo unde se practica nuditatea, copilul poate percepe evenimentul sexual ca ceva particular dar nu foarte tulburător sau înfricoșător. Diagnosticul de *posttraumatic stress disorder* este mai greu de pus doar din plângerile părintelui.

Se analizează circumstanțele actelor abuzive, percepția copilului asupra faptelor, cu detalii, şi starea actuală a copilului după abuzuri. Dezvăluirea de către copil este un moment foarte delicat, de multe ori emoționează şi examinatorul. Când copilul vorbeşte spontan, în majoritatea cazurilor spune adevărul (Marcelli 2003).

Este necesar să credem copilul, să-l ascultăm, să-i dăm timp să se concentreze, să îi luăm spusele în serios, altfel va tăcea dacă examinatorul nu îl crede. Este necesar să: recunoaştem gravitatea celor spuse de copil, să precizăm caracterul interzis în mod normal şi că este o greşeală comisă de adult şi să informăm copilul că aceste fapte trebuie aduse la cunoştința celor care pot să îl protejeze.

Absența reacțiilor adultului poate duce la atitudinea de retragere a copilului în tăcere şi refuz, atitudine care poate să apară şi datorită fricii de părinți, de atitudinea de nemulțumire a familiei.

Problemele cu declarațiile false. Peters 1976, Goodwin 1978, Faller 1988 au arătat că între 5-8% din plângeri sunt false, şi procentajul creşte când există interesul de a obține custodia copilului sau probleme cu vizitarea copilului. Aceste acuzații sunt făcute de un părinte împotriva celuilalt, acuzațiile tind să fie incorecte, amănuntele se schimbă, se „înfloreşte" cazul de la o discuție la alta.

Credibilitatea celor spuse de copil. Se preferă examinarea copilului în absența părinților. Există o etapă de discuții generale neutre menite să aducă încrederea copilului în examinator. Dacă un minor inițiază acuzațiile, spune, în general, adevărul. Dacă copilul inițiază acuzațiile atunci acestea sunt corecte, dacă există relatarea simplă, la obiect. Copiii care fac acuzații false folosesc o terminologie de adult sau pot repeta papagaliceşte aceeaşi istorie. Le face plăcere să povestească şi sunt gata să extindă subiectul. Este mai greu pentru copiii abuzați să ofere un istoric realist, sunt adesea timizi, ruşinați, pot privi către părinte pentru ajutor. Copiii abuzați adesea sunt nedoritori să vorbească despre evenimente sexuale, ei sunt încurcați şi istoria poate deveni dureros de povestit. Pot descrie o istorie plină de detalii pe care un copil neabuzat nu le poate cunoaşte („i-a ieşit un lichid alb pe organul genital" spunea o fetiță abuzată).

Atenție la întrebările conducătoare care pot duce la concluzii false. Nu este nevoie să ştim totul dintr-o dată. Un examinator cu experiență lasă întâi copilul să povestească şi abia după aceea poate să întrebe suplimentar. Către sfârşitul sesiunii examinatorul va întreba

copilul „A avut loc cu adevărat sau este ceva care te-ai gândit că ar fi putut să se întâmple?" sau „Eşti sigur că asta s-a petrecut cu adevărat?", ceea ce atrage atenţia copilului asupra corectitudinii relatărilor. Examinatotul nu trebuie să fie critic, confruntativ, să judece, să deformeze ceea ce a auzit. Evaluarea e bine să fie înregistrată, pentru că permite evaluări ulterioare.

Se practică utilizarea în diagnosticare a jucăriilor care au organe anatomice corecte şi care pot fi amestecate cu alte jucării. Valoros este dacă copilul se joacă spontan sau vorbeşte despre evenimente sexuale. Poate ajuta la clarificări.

Se va vedea copilul împreună cu fiecare dintre părinţi, mai ales dacă există acuzaţia de abuz. Copilul va deveni tăcut şi distant sau va ţipa în faţa sau către părintele abuzator. Dacă acuzaţia este falsă copilul se va relaţiona pozitiv cu părintele incriminat de soţ/soţie.

Intervenţii

Prima acţiune este protecţia copilului, ca urmare părintele abuzator va părăsi căminul. În multe instanţe este preluat copilul şi dus la protecţia copilului. Poate fi presat de membrii familiei să retracteze, poate fi interogat de multe ori, ceea ce poate crea mânie faţă de organele legale. Copilul este sfâşiat între mânie şi dragostea faţă de părintele abuzator.

Terapia de grup, familială, individuală pot fi utilizate. Terapia familială se utilizează când ţelul este reunificarea familiei. Grupurile pentru copiii abuzaţi sexuali sunt utile pentru suport şi redefiniţia cadrului existenţei.

Terapia individuală pentru copiii sever tulburaţi – se încearcă reconstrucţia pentru a permite să realizeze relaţii noi nebazate pe abuz. Sexul terapeutului trebuie să fie acelaşi cu al abuzatorului.

RISCUL DE VIOLENȚĂ LA COPIL ȘI LA ADOLESCENT

Constantin Oancea

În ultimele decenii s-a profilat un nou domeniu în patologia psihiatrică infantilă, acela al violenței. Copilul a fost văzut numai ca victimă a adulților, și aici sunt de citat numeroase concepții ca neglijarea, abuzul copilului (emoțional și fizic), măsurile de protecție a copilului, drepturile copilului. Puține lucrări s-au referit la tulburările de tip agresiv ale copilului, ele fiind plasate în conceptele mai generale de tulburare de comportament sau delincvență. Numai familia coercitivă (Patterson) face legătura dintre violența parentală și cea infantilă, prin mecanismul de modelare și de identificare cu agresorul (sindromul Stokholm).

Modificările importante în psihologia socială se produc prin plasarea violenței ca o virtute, ca o formă de afirmare socială, privilegiată, apreciată de societate chiar dacă indirect, eroii săi bat și omoară fără milă. Violența este promovată pe canalele mass-media și în filmele cu desene animate pentru copii. Batjocura față de cel învins, păcălit este un sentiment antisocial strecurat cu dibăcie. Apariția grupărilor de copii și adolescenți agresivi plasați în diferite cartiere, care tind să controleze școlile și au tendințe antisociale creează un mediu propice pentru promovarea agresivității pe stradă ca model de succes.

Conflictele violente din școli, bătăile, stigmatizarea celor slabi sau marginali creează o atmosferă de nesiguranță. Violența a devenit un fapt obișnuit în România, ca și în alte state europene. Violența școlară are mai multe trepte, de la teasing, porecle, neobrăzare, către alte forme de intimidare și hărțuire, până la acțiuni severe ca agresiunea fizică și chiar împușcarea. În SUA (Hazler, Hoover și Oliver, 1996) s-a raportat că 3 din 4 studenți din lotul urmărit au întâmpinat dificultăți academice, personale și sociale datorită hărțuirii și

neruşinării colegilor. Ei pot să trăiască ameninţări la identitatea lor în formare, pot să apară sentimente de neajutorare şi ostilitate care ar putea contribui la dorinţa de răzbunare ce poate să escaladeze într-un episod violent.

În rapoarte recente, cel puţin în Anglia şi SUA, se arată că în jur de 30% din adolescenţi au comis cel puţin un act de violenţă în anul precedent (ceea ce este foarte mult). S-a ajuns să se spună că asemenea acte agresive, comportamentele violente sunt normative pentru adolescenţi, dar se recunoaşte că marea majoritate renunţă la ele, rămânând un mic procentaj dintre aceştia care devin delincvenţi cronici adulţi.

Violenţa adolescentului a dus la situaţii foarte dificile mai ales în familiile monoparentale. Mamele se tem de agresivitatea copiilor lor, faţă de care simt că nu au mijloace să li se opună. O mamă spunea că preferă să fie bătută de către fetiţa ei decât ca aceasta să lovească alte persoane din afara familiei. Se pare ca violenţa a trecut şi la sexul feminin.

Comportamentul violent include agresivitate verbală, stări de criză, explozii de mânie, agresiune fizică, bătăi, ameninţări şi tentative de a vătăma pe alţii (incluzând ideaţia homicidală) utilizarea armelor (în România, cuţitul), cruzimea faţă de animale, punerea de foc, distrugerile intenţionate ale bunurilor şi vandalismul. Multe dintre ele sunt acte delicvente.

Semnele timpurii pot apărea chiar în perioada preşcolară, sub forma crizelor de mânie, acte agresive faţă de obiecte, faţă de fraţi şi adulţi. Sunt privite adesea ca fenomene trecătoare ce ţin de mica pubertate. Violenţa trebuie luată în serios la orice vârstă.

Semne de alarmă sunt următoarele:

- Mânie intensă;
- Pierderea frecventă a cumpătului şi explozii;
- Iritabilitate extremă;
- Impulsivitate extremă;
- Devine frustrat foarte uşor.

Factori de risc:

- Un comportament agresiv sau violent anterior;
- A fi victimă a abuzului fizic şi/ sau sexual;
- Expunere la violenţă în familie şi în comunitate;

• Factor genetici (ereditatea);

• Expunere la filme violente TV;

• Utilizarea de alcool şi/ sau droguri;

• Combinaţie de factori stresanţi socioeconomici familiali (sărăcie, deprivare severă, ruptură conjugală, monoparentalitate, şomaj, pierderea suportului familiei extinse);

• Agresiuni cerebrale, traumatisme cranio-cerebrale.

Dacă subiecţii au şi unii factori de risc, trebuiesc evaluaţi cu atenţie pentru a nu se minimaliza importanţa acestora (există o interacţiune complexă sau o combinaţie de factori).

În această perioadă s-a conturat conceptul de risc de violenţă asemănător cu cel de suicid. De altfel, multe din trăirile suicidarului se întâlnesc şi la agresivi. Riscul apare ca o noţiune de alarmă, care poate impune creşterea atenţiei sau adoptarea de măsuri. În fapt este importantă cumularea de riscuri, unul singur nefiind de ajuns pentru a produce acţiuni violente, riscurile interacţionează şi au o dinamică proprie. Există semne timpurii de alarmă, ele se cuantifică pe baza manifestărilor copilului, luându-se în considerare trecutul său şi factorii etiopatogenici cunoscuţi în generarea comportamentului agresiv.

EVALUAREA RISCULUI DE VIOLENŢĂ

1- **Judecată clinică obişnuită** pe baza experienţei proprii, judecata psihiatrilor, psihologilor, consilierilor şcolari nu este cu nimic superioară celei făcute de persoane fără nici o pregătire (Burns şi colab. 2001, Reddy şi alţii 2001), şi poate să ducă la exagerarea numărului de elevi identificaţi.

2- **Evaluarea pe baze statistice** – solicită utilizarea unui sistem rigid de cotare numerică pentru a obţine predicţia matematică a potenţialului pentru violenţă. Acestea lasă loc foarte puţin judecăţii clinice, foarte importantă în judecarea unui caz particular. Pune accentul pe factorii statici şi de istoric, ceea ce ignoră aspectele dinamice ale violenţei. Duce la subestimarea riscurilor.

3- **Evaluarea pe baza judecăţii profesionale structurate** bazată pe cercetarea factorilor care cresc probabilitatea. Criteriile orientative:

• nu există vreun profil sau un singur tip de criminal cu violență țintită;

• există o interacțiune dinamică între criminal, situație, țintă și loc;

• există o distincție între a face o amenințare (expresia intenției de a vătăma pe cineva) și a pregăti o amenințare (angajarea în comportamente care duc la un plan de a răni);

• violența țintită nu este întâmplătoare sau spontană.

Factorii de risc reprezintă orice factor care crește probabilitatea de violență, au debut timpuriu sau mai tardiv. Sunt individuali, familiali, legați de vârstă, școlari și comunitari. Fiecare are efecte diferite la vârste diferite de dezvoltare. La cei cu vârsta mai târzie sau adolescență, majoritatea factorilor de risc au efecte mici. Se pare că factorii de tip *peer group* au un efect puternic, astfel asocierea cu prietenii antisociali, apartenența la o bandă sau lipsa de legături sociale puternice se corelează puternic cu comportamentul antisocial. Factorii individuali, de familie, comunitari au un efect mai puțin specific la nivel individual, dar pot avea un efect adictiv. Se pare că majoritatea factorilor de risc sunt consistent legați de teoria învățării. Factorii biologici nu și-au demonstrat semnificația statistică în loturi mari.

Se pare că riscul apare ca rezultantă a o serie de factori biologici, genetici sau lezionali cerebrali, factori psihologici și familiali, sociali, precum:

• Schimbările rapide psihologice și fiziologice din timpul pubertății;

• Factorii psihologici la adolescență: depresia, tulburările de conduită și abuzul de substanța;

• Psihopatia antisocială: comportamente asociate cu tulburările de conduită (violarea repetată a drepturilor fundamentale ale altora, agresiuni asupra oamenilor și animalelor, distrugerea proprietăților, înșelătorii, furturi, și alte violări serioase ale regulilor în completare cu trăsăturile personale ca grandoare, duritate, arogantă, dominantă, superficialitate și manipulare și trăsături afective (irascibilitate, inabilitatea de a forma legături afective cu alții, lipsa de vinovăție etc.

• Situații psihotraumatizante care pot induce acte violente sunt: pierderi recente (Hermann și Finn 2002), incidente violente, alienare

sau rejecția celor de o vârstă, sentimente de umilință, neajutorare, lipsa de speranță sau self-pity, trăiri de izolare și retracție socială.

Factorii familiali de tipul: modele de violență intrafamilială, școalară sau șn vecinătate, istoric de violență criminală, istoric de abuz fizic, sexual, emoțional.

Factorii școlari: slaba supraveghere din partea adulților, tolerarea tracasărilor, privilegii acordate unora dintre elevi, intervenții educative reduse, toleranță, ignorarea amenințărilor cu violență, morală scăzută a profesorilor și tulburări crescute ale studenților.

Factorii comunitari: dezorganizare socială, vecinătăți supraaglomerate, rata criminalității ridicată, alcoolism și consum de droguri.

Factori de risc în jurul comportamentului: amenințări cu violență (înscrisuri despre suicid, homicid, a povesti cuiva despre planurile lor, semne alarmante de comportament violent), vătămarea animalelor mici, excesiv interes în distracții violente.

Factori istorici (violență anterioară, vârstă mică la primul incident de violență, instabilitate relațională, probleme de șomaj, probleme cu abuzul de substanțe, dezadaptare timpurie, factorii clinici și situaționali (lipsa de înțelegere, atitudini negative, impulsivitate și lipsă de răspuns la tratament, lipsă de suport personal, non-complianță).

Factori dinamici sau contextuali: delincvența celor de aceeași vârstă, respingerea din partea celor de aceeași vârstă, slaba administrare parentală și dezorganizarea comunitară. Frick (2004) a afirmat că „este mai important numărul de factori prezenți decât tipul de factori de risc implicați".

Factorii de reziliență. Factorii protectivi (Aspy și colab). S-a determinat faptul că tinerii și studenții care au asemenea valori (comunicare familială bună, alegeri responsabile, învață bine, trăiesc cu ambii părinți, au un venit mai mare) nu au raportat violențe.

Efectele negative ale agresiunii și delincvenței (Caprara și alții 2001) Suportul social (Dubow și Reid 1994) și atașamentul puternic față de adulții prosociali care sunt suportivi și acceptă să contribuie la reziliența copiilor (Simons și alții 2001).

Trăsăturile pozitive de personalitate care cresc reziliența sunt inteligența peste medie, capacitatea de management a conflictelor,

răspunsul pozitiv la alții, adaptabilitatea la schimbare, capacitatea de a se liniști sau a fi liniștit de alții, dispoziție calmă, o stimă de sine sănătoasă (Kumpfer, 1999). Hotărârea puternică de a urma școala reduce riscul de violență (Hawkins, 1998). Așa cum un număr mai mare de factori negativi cresc riscul, un număr mai mare de factori protectivi îl scad.

Adunarea datelor despre factorii de risc cu accent asupra coroborării faptelor și un focus asupra comportamentelor legate de atacuri conduc la obținerea listei de factori implicați în evaluarea riscului în trei grade: ușor, moderat sau sever.

Modelul SAVRY:

Evaluarea riscului de violență țintită. Evaluarea este asemănătoare cu cea pentru suicid. În caz de încercare de suicid, întrebările se centrează în jurul ideației suicidare, planuri, tulburări de dispoziție, tulburare de consum de substanță, neajutorare, intenția de a muri. Similar în cazul violenței țintite, evaluarea se concentrează asupra ideii dacă elevul este pe cale de a săvârși un act violent și dacă e așa, cât de repede se mișcă în acea direcție și unde ar trebui să se intervină (Borum și Reddy, 2001). Se pare că incidentele de violență școlară sunt de obicei planificate și includ comportamente legate de atac care ar putea include dezvoltarea unui plan de angajare într-un act violent față de o țintă. Obținerea de mijloace cum ar fi o armă, selecția țintei sau a țintelor, determinarea timpului și locului și modului în care să se apropie de țintă sunt markerii mișcării pe calea transformării ideii în acțiune.

S-a dezvoltat un acronim de evaluare ACTION de îndrumare a profesioniștilor în evaluare cu 6 capitole: 1. atitudini care sprijină sau facilitează violența, 2. capacitatea, 3. pragul de trecut, 4. intențiile, 5. reacțiile altora și răspunsurile, 6. non-complianța cu intervențiile de reducerea riscului.

Factorii genetici, legați de agresivitate sunt bine cunoscuți în biologie prin studii pe gemeni.

Riscul de violență la copilul mic, înainte de pubertate pare să fie legat de trei factori:

Dificultăți temperamentale – impulsivitate, insensitivitate față de alții, ușor de speriat, agresiv sau retras;

Probleme în socializare – traiul într-o familie cu comportamentul adulților confuz, instabili emoțional, cu slabă comunicare – copiii pot dezvolta probleme de relaționare cu alții. Violența în familie, în media poate crea copilului convingerea că a înfricoșa pe alții și violența sunt căi de rezolvare a problemelor.

Traumele emoționale se referă la stilul emoțional, relațiile cu ceilalți și viziunea asupra lumii. Abuzurile afectează sentimentul fundamental de securitate. Copiii care sunt abuzați fizic devin adesea violenți, cei care sunt neglijați au dificultăți în a forma relații cu alții și a avea grijă de ei, copiii abuzați sexual pot exprima comportamente sexuale inadecvate, tendință la abuzare față de alți copii.

Reprezintă o copilărie nefericită, dar pot avea o varietate de tulburări emoționale, în afara violenței. Nu se știe care dintre copii vor deveni periculoși, distructivi și violenți.

Semne de alarmă

Există comportamente care indică un risc de comportament distructiv și violent, care se plasează pe 3 nivele: semne timpurii de alarmă, semne generale de alarmă, și aceasta se asociază cu riscul imediat (pericolul).

Semne timpurii de alarmă:

- Punerea de foc/ jocul cu focul;
- Cruzimea față de animale;
- Enurezisul.

Combinarea celor trei a fost corelată cu comportamente violente, riscul pentru viitoare comportamente distructive, violența, probleme psihologice și comportamentale.

Semne generale de alarmă indică un risc de violență în viitorul apropiat. Cu cât sunt mai multe, cu atât este riscul mai mare:

- Izolat social, proscris, paria sau retras;
- Trăirile și comportamentul sunt ușor influențate de cei de aceeași vârstă;
- Victimizat și tratat rău de către cei de aceeași vârstă;
- Alcool și/ abuz de droguri;

• Se concentrează asupra experiențelor de rejecție, injustiție, sau frici nerealiste;

• Reacționează la dezamăgiri, criticism, sau hărțuire cu mânie extremă și intensă, blamare sau dorință de răzbunare;

• Creșterea mâniei, agresiunii și comportamentului distructiv

• Asocierea cu copii cunoscuți a fi implicați în comportamente morbide, distructive, sau fantezii agresive;

• Preocupare sau interes în comportamentul distructiv sau violent;

• Fascinația, interesul sau o obsesie cu armele sau arme potențiale;

• A fost crud sau violent față de animale;

• Descrie sau pictează comportamente violente sau distructive în creații artistice.

Riscul imediat sugerează că trebuie începută imediat o intervenție, acțiuni de urmat de către părinți, nevoia de intervenție de criză, intervenția unui specialist în sănătatea mintală, urgență, poliție.

• A asaltat recent un alt copil sau a fost bătut.

• Aduce o armă într-un loc sau situație inadecvată

• Poate avea o armă cu potențial letal

• Gesturi distructive, violente sau de amenințare

• Ar putea avea un plan pentru comportament distructiv, violent sau suicidal

• A afirmat că vrea să se sinucidă

• A identificat o țintă pentru comportamentul violent sau distructiv.

Trăsăturile adolescenților care rămân delincvenți pe întreaga viață.

• Prezintă tulburări de conduită din prima copilărie care se accentuează în adolescență și merg până la vârsta adultă

• Ei comit un număr disproporționat de mare de delicte și au numeroase comportamente antisociale

• Au un procentaj mai mare de dificultăți temperamentale, alienare socială, proastă educație ca și dificultăți cognitive, hiperactivitate și tulburări de atenție, impulsivitate și agresivitate.

Studiul NIMH (Hann si Borek 2002) au identificat factori cauzali de risc cum ar fi procesele de atribuire ostile ale copilului, angajamentul parental și modelele de disciplină, rejecția din partea celor din jur și asocierea cu delincvenții de aceeasi vârstă.

Factorii de risc interacționează în mod complex în ambele sensuri, astfel că temperamentul dificil al unui copil poate influența negativ stilul de comportament parental.

Mofitt (1990) a arătat că agresivitatea la tinerii cu nivel de funcționare neuropsihologică joasă cuplată cu adversitățile familiale este de 4 ori mai mare decât la cei cu un singur factor de risc.

Factorii individuali NIMH sunt încăierările copilului, crimele, victimizarea și abuzul de substanțe.

Factorii familiali sunt puternici și joacă un rol cheie în prezicerea comportamentului agresiv la adolescent. Stilul parental, practicile de management familiale, victimizarea, violența sau abuzul copilului, conflictul familial/ a avea un tată neautoritar (care să solicite sau să controleze), duce la violență pentru ambele sexe, în timp ce o mamă autoritară care este caldă și protectivă reduce riscul de violență pentru fete (Blitstein si altii 2005). Un nivel scăzut al managementului familial în adolescența timpurie crește riscul (Herrenkohl și alții, 2006), iar un nivel înalt sau normal al managementului familial reduce riscul.

Factorii școlari sau comunitari includ relațiile proaste cu cei de aceeași vârsta, implicarea în bande, lipsa de legătură cu școala, viața într-o vecinătate violentă, asocierea cu prieteni violenți, expunerea la violență (Nofziger și Kurtz 2005, Wright și Kirkpatrick 2006).

Nivelul de agresivitate al comportamentului identificat de profesori în perioada școlii elementare este un predictor puternic pentru ajungerea la tribunal mai târziu la fete (Petras și alții 2003).

MĂSURI CURATIVE ȘI PROFILACTICE

Pot fi utile imediata evaluare a unui specialist în sănătate mintală sau instituirea tratamentului precoce. Tratamentul este

focusat asupra ajutorului dat copilului de a învăța să-și controleze mânia, să-și exprime mânia și frustrațiile într-un mod adecvat, să fie responsabil pentru acțiunile sale și să accepte consecințele. În plus trebuie abordate conflictele familiale, problemele școlare.

Măsuri preventive: studiile au arătat că riscul poate fi mult scăzut sau chiar prevenit dacă se lucrează la factorii generatori. Cel mai important este faptul că eforturile trebuiesc îndreptate către reducerea dramatică a expunerii copiilor și a adolescenților la violență în familie, comunitate și media. Violența duce la violență.

Alte strategii de reducere a comportamentului agresiv:

- Prevenirea abuzului copilului (educarea părinților, programe de suport familial)
- Educația sexuală și programe de parenting pentru adolescenți
- Programe de intervenție timpurie pentru tinerii violenți

Terapia pentru copiii la risc (M. Conner 2007)

Să combatem ideea că masculinitatea este întotdeauna agresivă.
Să reducem toleranța familială pentru comportamentul violent.
Să reducem toleranța copilului pentru comportamentul violent.
Să îi imbunătățim abilitățile de comunicare verbală.
Să îi construiască controlul impulsurilor.
Să elimine consumul de alcool sau droguri.
Să ajute copiii și părinții lor să rămâna calmi în timpul conflictelor.

Probleme de tratament: Există tendința comodă de a se administra antipsihotice sedative, psihostimulante puternice și antidepresive toate cu efecte secundare. Ideal ar fi administrarea unui tratament personalizat copilului și familiei, precum și alegerea profesioniștilor calificați.

Mulți părinți au nevoie să fie încurajați, îmbărbatați pentru a adopta o atitudine unitară de defensa și a se impune cu demnitate ofensivei odraslelor lor dezlănțuite.

În aceste condiții devine important să se intervină în reducerea agresivității la copil și adolescent, încă din perioada incipientă și la această activitate ar trebui să se înscrie și autoritățile școlare, consilierii și psihologii școlari, în colaborare cu părinții și cu specialiștii din domeniul sănătății mintale, (echipa multidisciplinară).

Fiecare factor de risc ar putea să devină focusul intervenției, luând în considerare și restul constelației de factori de risc, ceea ce duce la un program de intervenție individualizat.

Unii factori istorici ar putea fi modificați :

– expunerea la violență în familie și un istoric de rele tratamente ar putea fi corectată prin intervenția autorităților sociale și un program de consiliere individuală sau/ și de familie;

– tulburările timpurii ale persoanelor de îngrijire pot fi corectate prin metode asemănătoare. Slabul management parental se corectează prin parental skills training și consiliere;

– rezultatele școlare slabe se evaluează psihopedagogic și se intervine printr-un program de sprijin școlar.

Un număr de **factori sociali/ contextuali** ar putea deveni focus al intervenției:

– Delincvența în grup, rejecția celor de aceeași vârsta și lipsa de suport social - se recomandă dezvoltarea relațiilor mai strânse cu cei de o vârstă și adulți orientați pro-social;

– Utilizarea de substanțe și problemele de management ale mâniei – ținte individuale;

– Stresul și slaba capacitate de confruntare se pot corecta prin trainingul rezolvării problemelor și prin consiliere;

– Dezvoltarea factorilor protectivi - implicarea prosocială, legături și atașamente strânse și trăsături reziliente trebuie luate în considerare la alcătuirea programului;

Evaluarea trebuie să ducă la elaborarea unui program coerent, iar dacă există programe, să vedem cui se potrivesc. Intervenția se face în echipă multidisciplinară.

VIOLENȚA ÎN FAMILIE

Irina Crumpei

INTRODUCERE

Violența în familie este o problemă controversată în cadrul căreia persistă încă mituri și prejudecăți. Teoriile care încearcă să explice mecanismele psihologice ale agresorului, motivele pasivității victimei și consecințele pe termen lung ale violenței în familie sunt contradictorii, uneori limitate și nu reușesc să surprindă natura complexă a acestui fenomen. Operaționalizarea oportună a violenței în familie are implicații în ameliorarea măsurilor de prevenție și intervenție. În lipsa unei viziuni comune asupra problemei, soluțiile riscă să fie contradictorii, lipsite de consistență intermediind servicii și măsuri ineficiente.

DEFINIȚII ALE VIOLENȚEI ÎN FAMILIE

Dificultățile apar încă de la încercările de a defini violența în familie. Simpla folosire a cuvântului familie a fost contestată de unii specialiști ca fiind prea restrictivă, recomandându-se formularea „violență intimă" pentru a cuprinde și situația cuplurilor care coabitează în afara căsătoriei. Conceptul trebuie să se mențină flexibil și adaptabil pentru a putea asimila modificările aduse de cercetările noi în domeniu. Variațiile în operaționalizare se situează la mai multe nivele: victimele abuzului, comportamentele considerate violente, intenția comportamentală.

Victimele abuzului pot fi partenerul intim, copiii sau persoanele vârstnice, prevalența fiecărei categorii variind. Rolul femeii și al copiilor în societate este diferit de la o cultură la alta iar definiția abuzului este în legătură cu percepția comunității asupra victimei. Evaluarea gravității unui act violent, măsurile de intervenție mobilizate, reacția comunității, vor depinde în mare măsură de

credințele și valorile vehiculate în cadrul cultural respectiv. Impactul măsurilor legislative este minim în absența sincronizării viziunii comunitare cu definițiile impuse de lege (Williams & Becker, 1994). Cercetări interculturale aduc date importante în acest sens. Societățile în care există inegalități mari între femei și bărbați, roluri de gen rigide, norme culturale care susțin dreptul bărbatului de a întreține relații sexuale indiferent de dorința femeii și lipsa sancțiunilor pentru astfel de comportamente, permit proliferarea violenței domestice (World report on violence and health, 2002). Multe dintre țările din orient perpetuează valori și credințe diferite cu privire la familie și drepturile femeii în societate. Adeseori violența asupra femeii nu este condamnată juridic sau social existând multiple situații care justifică forme de abuz fizic extrem sau chiar omorul. Mercy (1993) arată că aproape jumătate din totalul femeilor ucise în Egipt fuseseră sacrificate de către rude pentru a proteja onoarea familiei după ce fuseseră violate în afara relației de cuplu.

Comportamentele reunite sub eticheta de violență au variat în perioade și contexte socioculturale diferite. De la agresiunile fizice, sexuale, până la hărțuirea verbală, ridiculizarea, izolarea sau privarea de resurse necesare, violența în familie a devenit tot mai cuprinzătoare.

Prin natura consecințelor violența în familie include infracțiuni, reacții comportamentale și probleme medicale. Specialiști diferiți teoretizează, oferă servicii și intervenții pentru fiecare tip de consecințe ceea ce duce la fragmentarea și complicarea problemei violenței în familie. Tot din aceste motive, violența în familie constituie o problemă gravă la nivel de comunitate, societate și sănătate publică. Este diferită de alte tipuri de violență mai ales pentru că de cele mai multe ori comportamentele agresive în familie sunt repetitive și vin într-o relație puternic încărcată afectiv.

În România la nivel juridic violența în familie este definită și operaționalizată de legea numărul 25/2012 privind modificarea și completarea legii numărul 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie. În cadrul acestei legi violența în familie reprezintă:

– "orice acțiune sau inacțiune intenționată, cu excepția acțiunilor de autoapărare ori de apărare, manifestată fizic sau verbal, săvârșită de către un membru de familie împotriva altui membru al aceleiași familii, care provoacă ori poate cauza un prejudiciu sau

suferințe fizice, psihice, sexuale, emoționale ori psihologice, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, constrângerea sau privarea arbitrară de libertate".

În sensul legii, prin membru de familie se înțelege soțul, ruda apropiată și persoanele care au stabilit relații asemănătoare acelora dintre soți sau dintre părinți și copil, dovedite pe baza anchetei sociale.

În 2012 definiția a fost modificată astfel încât să cuprindă și amenințarea cu acte de violență ca fiind o formă de abuz.

Forme ale violenței în familie

La nivel legislativ tipurile de abuz recunoscute ca violență în familie sunt: violența verbală, psihologică, fizică, sexuală, socială sau spirituală. Legea pentru prevenirea și combaterea violenței în familie 25/2012 operaționalizează aceste forme de abuz după cum urmează:

Violența verbală este definită ca adresarea într-un limbaj jignitor, brutal, precum utilizarea de insulte, amenințări, cuvinte și expresii degradante sau umilitoare.

Violența psihologică – impunerea voinței sau a controlului personal, provocarea de stări de tensiune și de suferință psihică în orice mod si prin orice mijloace, violență demonstrativă asupra obiectelor și animalelor, prin amenințări verbale, afișare ostentativă a armelor, neglijare, controlul vieții personale, acte de gelozie, constrângerile de orice fel, precum și alte acțiuni cu efect similar.

Violența fizică – vătămarea corporală ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, inclusiv mascate ca fiind rezultatul unor accidente, prin otrăvire, intoxicare, precum și alte acțiuni cu efect similar.

Violența sexuală – agresiune sexuală, impunere de acte degradante, hărțuire, intimidare, manipulare, brutalitate în vederea unor relații sexuale forțate, viol conjugal.

Violența economică – interzicerea activității profesionale, privare de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate, acțiunea de sustragere intenționată a bunurilor persoanei, interzicerea dreptului de a poseda, folosi și dispune de bunurile comune, control inechitabil asupra bunurilor și resurselor comune, refuzul de a susține familia, impunerea de munci grele și nocive în

detrimentul sănătății, inclusiv unui membru de familie minor, precum și alte acțiuni cu efect similar.

Violența socială – impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate și de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ, impunerea izolării prin detenție, inclusiv în locuința familială, privare intenționată de acces la informație, precum și alte acțiuni cu efect similar.

Violența spirituală – subestimarea sau diminuarea importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de familie, a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice sau religioase, impunerea aderării la credințe și practici spirituale și religioase inacceptabile, precum și alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare.

Victima violenței în familie are dreptul la respectarea personalității, demnității și vieții sale private, la protecție specială, la servicii de consiliere, reabilitare, reintegrare, asistență medicală gratuită, socială, consiliere și asistență juridică gratuită. Potrivit legii, victima are dreptul să se adreseze instanței să solicite ordin de protecție cu caracter provizoriu, iar instanța poate să interzică agresorului să rămână sau să se reîntoarcă în locuința comună, să-l oblige pe agresor să suporte unele costuri, cum ar fi cheltuieli medicale, de judecată, cele generate de adăpostirea victimei. Victima poate să ceară ordin de restricție care prevede evacuarea agresorului de la domiciliul comun, păstrarea distanței de minim 200 de metri față de persoana vătămată, interzicerea oricărui contact telefonic, corespondențe. Acest ordin de interdicție nu poate depăși 2 ani (Legea numărul 25/2012 privind modificarea și completarea legii numărul 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie) .

Dincolo de etichetele stabilite de cadrul legislativ, societatea are propriile credințe și norme care se sincronizează uneori anevoios cu modificările impuse prin lege. Eurobarometrul realizat de Comisia Europeană în 2010 a fost constituit prin răspunsurile a 26800 de cetățeni europeni dintre care 1054 de români și reflectă viziunea populației generale asupra „Violenței domestice împotriva femeilor". 20% dintre români cunosc pe cineva care a supus o femeie unei forme de violență domestică și 22% cunosc o femeie victimă a violenței în familie în cercul familial sau de prieteni. Procentul este asemănător cu

cel de la nivel European. De altfel 84% dintre români estimează că violența în familie împotriva femeii este un fenomen răspândit la nivel național. Totuși 6% dintre români consideră că violența domestică împotriva femeii este acceptabilă în toate sau măcar unele circumstanțe iar 21% susțin că este inacceptabilă, dar că pedeapsa prin lege nu se justifică întotdeauna. În ceea ce privește gravitatea formelor de violență domestică, violența fizică este evaluată ca fiind gravă de 73% dintre români, în timp ce doar jumătate dintre români evaluează amenințarea cu violența ca fiind un fapt destul de grav. Violența psihologică este apreciată ca gravă de doar 53% dintre români, la destul de mare distanță de procentul european de 71%.

Fig. 1: Evaluarea gravității formelor de violență domestică împotriva femeii la nivel național și european, după Eurobarometrul 73.2/2002



„Cercetarea națională privind violența în familie și la locul de muncă"(2003) a constituit prima cercetare științifică asupra acestui fenomen din România. A fost realizată de organizația nonguvernamentală Centrul Parteneriat pentru Egalitate. Datele obținute Reprezintă o măsură concretă a dimensiunilor violenței în familie și la locul de muncă la nivel național:

• 827 000 de femei declară că au suportat în mod frecvent violența în familie sub diferite forme;

• mai mult de 340 000 de copii (0-14 ani) declară că au asistat în mod frecvent la scene de violență fizică între părinți;

• mai mult de 370 000 de copii (0-14 ani) declară că au asistat la insulte şi injurii frecvente între părinţi sau între adulţi în gospodărie;

Cercetarea oferă date şi despre reprezentările românilor cu privire la violenţa în familie:

• Aşa cum o arată şi Eurobarometrul (2002) populaţia din România este mai îngăduitoare faţă de violenţa în familie, în toate formele sale;

• Comportamentul violent este adeseori considerat legitim şi justificat ca urmare a toleranţei ridicate, a miturilor despre violenţă şi a inegalităţilor de gen

• Credinţele şi valorile care normalizează violenţa în se transmit de la o generaţie la alta.

2 % dintre români consideră că „e nevoie de o bătaie bună" atunci când femeia nu găteşte frecvent, 3% ar apela la bătaie când femeia nu are grijă de copii în mod repetat şi 7% atunci când femeia îşi înşeală bărbatul. Procente aproape similare se obţin la acest răspuns în cazul eşantionului de femei. 7% dintre români ar apela la o palmă dacă femeii nu îi tace în mod frecvent gura. 17,8 % dintre femei susţin că au fost victime a cel puţin o formă de abuz (Centrul parteneriat pentru egalitate, 2003).

Tabel 1: Incidenţa violenţei în familie asupra femeii de-a lungul vieţii şi în ultimele 12 luni

	Femei victime ale violenţei în ultimele 12 luni	Femei victime ale violenţei de-a lungul vieţii
Violenţă în familie total	9.1	17.8
Violenţă psihologică	7.9	16.3
Violenţă socială	3.6	9.3
Violenţă fizică	3.6	10.5
Violenţă economică	2.6	5.7
Violenţă sexuală	0.8	2.6

Sursa: *Cercetarea Naţională privind violenţa în Familie şi la Locul de Muncă* – Centrul parteneriat pentru egalitate, 2003

Teorii ale violenţei în familie

Teorii psihiatrice ale violenţei în familie

Teoriile psihiatrice îşi propun explicarea fenomenului violenţei în familie analizând caracteristicile agresorului. Tulburările de personalitate, bolile psihice şi adicţia de substanţe psihotrope sunt printre factorii propuşi ca favorizatori situaţiilor de abuz familial.

Teoria psihopatologiei

Teoria psihopatologiei a fost propusă previzibil de specialiştii din domeniul sănătăţii mentale. Psihologi şi psihiatri confruntaţi sistematic cu victimele violenţei domestice, au ajuns la concluzia că agresorii ar putea suferi de patologii psihice, tulburări de personalitate sau alte dezechilibre de acest fel care i-ar determina să devină violenţi în cadrul familiei. Această tulburarea sau boală ar fi cauza reacţiilor agresive şi a abuzurilor repetate (Steele, 1987). Teoria s-a dovedit a fi seducătoare, câştigând uşor popularitate. Cu toate acestea specialiştii nu au reuşit încă să izoleze o patologie sau o tulburare comună majorităţii agresorilor. Se pot identifica mai multe argumente care infirmă teoria psihopatologiei. Diferenţele dintre indivizii care recurg la acte violente şi populaţia generală, s-au dovedit a fi prea subtile şi complexe pentru a putea fi elaborate într-un model psihopatologic coerent. Pe de altă parte, adeseori persoanele care suferă de o boală psihică nu prezintă comportamente agresive. În al treilea rând, încercările de a structura un profil de personalitate specific agresorilor s-au arătat a fi ineficiente (Caplin et al, 1984). Trăsăturile de personalitate considerate relevante variază mult de la o cercetare la alta iar folosirea practică a unui astfel de profil s-a dovedit a fi anevoioasă.

Prin urmare, teoria psihopatologiei nu a reuşti să stabilească ce caracteristici fac diferenţa între indivizii care se angajează în comportamente agresive şi restul populaţiei. Bolile psihice nu sunt asociate decât rareori cu manifestări violente. Tentativele de a descrie o personalitate tipică agresorului din familie au fost controversate, ineficiente şi fără finalitate practică relevantă.

Teoria abuzului de substanţe psihotrope

Este cunoscut că substanţele psihotrope precum alcoolul şi drogurile au efecte dezinhibante şi modifică percepţia şi judecata persoanei intoxicate. Pornind de la aceste premise s-a vehiculat adesea ideea în rândul specialiştilor şi al populaţiei generale

deopotrivă, că abuzul de astfel de substanțe ar cauza violența în familie. Chiar dacă există studii care stabilesc corelații între cele două fenomene, o relație cauzală nu a fost încă susținută consistent. Substanțele psihotrope ar putea funcționa mai curând ca mediatori, facilitând exprimarea agresivității individului, dar nu cauzând-o (Gelles, 1974). Substanțele psihotrope au efecte variate asupra consumatorilor iar manifestările agresive nu apar decât în unele dintre cazuri.

Teoriile psihosociale ale violenței în familie

Spre deosebire de categoria anterioară, care plasa cauzele violenței în interiorul agresorului, teoriile psihosociale identifică baza determinismului abuzului familial în mediul exterior în care agresorul se formează și trăiește. Relațiile dintre părinți, tipul de anturaj, atmosfera de la locul de muncă, fac toate parte din mediul care ar putea constitui premizele violenței în familie.

Teoria schimbului social/controlului social

Această teorie este construită pe paradigmele de bază ale învățării considerând că acțiunile umane sunt mobilizate de sistemul de pedepse și recompense (Blau, 1964). Alte prezumții ale teoriei susțin că oamenii sunt ființe raționale și că standardele folosite de indivizi pentru a evalua raportul cost/beneficii variază în timp și de la o persoană la alta (West & Turner, 2007). În cadrul familiei aceleași principii s-ar aplica, membrii implicați evaluând în permanență costurile și beneficiile acțiunilor întreprinse. Recompensele vor fi căutate iar pedepsele evitate. Dacă avantajele obținute în urma violenței în familie sunt mai importante decât costurile, abuzurile vor fi întărite și se vor perpetua. Societatea este cea care ar putea asigura o bază eficientă de pedepse menită să descurajeze comportamentul agresiv în familie. Atâta timp cât controlul social nu prezintă o presiune relevantă asupra relațiilor familiale, costurile violenței vor fi surclasate de beneficiile obținute iar comportamentul deviant va fi menținut (Gelles, 1983). Această teorie este ilustrată de situația societăților în care violența asupra femeii este tolerată și chiar justificată de tradiții și credințe. Lipsa intervenției sociale minimizează semnificativ dezavantajele abuzului. Chiar si atunci când cadrul legislativ condamnă agresorul, în absența controlului social, câștigurile violenței se mențin la un nivel superior (Williams & Becker, 1994).

Miller (2005) atrage atenția asupra mai multor limite ale acestei teorii. Interacțiunile umane, subiective, variate și complexe, sunt reduse la un proces rațional derivat din ipotezele funcționării economice. De asemenea, teoria prezintă o viziune liniară asupra relațiilor interumane, scopul lor final fiind intimitatea mijlocită de libera exprimare emoțională. Evident, această perspectivă simplifică spațiul relațional atât de variat. Paradigma deciziilor luate în baza raportului cost/beneficii este doar una dintre posibilități, iar impunerea ei ca unică alternativă explicativă ar însemna să ignorăm alte mecanisme decizionale precum altruismul, câștigul grupului, competiția sau nevoia de consistență a sinelui (Cropanzano & Mitchell, 2005)

Teoria învățării sociale

Această teorie susține că învățarea se realizează în contexte sociale mijlocită de învățarea observațională și modelingul comportamental (Ormrod, 1999). Copiii învață imitând comportamentele celor din jur căutând ca prin repetarea acțiunilor observate să câștige acceptare. Susținerea semenilor se constituie ca recompensă ce va întări perpetuarea comportamentului. Acțiunile care atrag recompense vor fi preferate în timp ce acțiunile pedepsite se vor stinge și vor dispărea în timp. Calitatea comportamentelor recompensate va varia în funcție de tipul de grup la care persoana se raportează. Grupul de referință, care atrage atenția și admirația individului se schimbă de-a lungul parcursului vieții. Reacțiile deviante vor fi valorizate în anumite grupuri iar individul va observa beneficiile lor imitându-le pentru a obține același tip de recompense (Akers, 1973).

Prin urmare, conform acestei teorii, agresorii ar învăța cel mai adesea în familie despre avantajele folosirii violenței pentru rezolvarea facilă a situațiilor problematice și conflictuale (Henslin, 1990; Michalski, 2004). Anumite grupuri valorizează și recompensează social folosirea violenței. Asistarea repetată la scene de violență învață despre legitimitatea acestui comportament și astfel se face că jumătate dintre persoanele care comit abuzuri în familie, sunt agresive și în cadrul altor relații sociale (Walker, 1979).

Această teorie a fost criticată pentru că nu reușește să explice anumite tipuri de abuz, precum actele spontane de violență. De asemenea centrarea exclusivă pe rolul mediului în alegerea

comportamentului și ignorarea caracteristicilor individuale limitează validitatea teoriei. În plus, nu toți indivizii provenind dintr-un anumit mediu devin violenți. Teoria învățării sociale nu reușește să explice ce anume face diferența.

Teoria frustrare – violență

Această teorie (Dollard et al., 1939; Miller, 1941; Berkowitz, 1969) propune o interpretare superficială a reacțiilor violente în familie. Comportamentul agresiv ar fi stimulat de situațiile și persoanele care cenzurează atingerea obiectivelor individului (Dollard et al, 1939). Adeseori circumstanțele de viață sunt complexe iar identificarea corectă obstacolelor devine anevoioasă. Cauza frustrării poate fi în aceste condiții greșit plasată iar agresiunea va fi orientată în consecință. Mediul familial este scena a numeroase dezbateri și acțiuni menite să tempereze sau să anuleze obiectivele unuia dintre membri. Îngrădirea avânturilor individuale conduce la frustrare iar comportamentul agresiv se constituie ca expresie a aceste stări.

Teoria frustrare – violență surprinde doar o mică parte din mecanismul complex al abuzului în familie. Multitudinea situațiilor care se abat de la scenariul vehiculat afectează validitatea explicațiilor susținute. Societatea modernă oferă o varietate imensă de opțiuni, aspirații posibile, creând nevoi artificiale fiecărui individ. Realizarea tuturor acestor necesități și atingerea tuturor obiectivelor este o întreprindere iluzorie. Frustrarea este resimțită sistematic, fără ca frecvența comportamentelor agresive să fie pe măsură. Rezistența la frustrare și reacțiile mobilizate în fața obiectivelor neîmplinite variază semnificativ de la o cultură la alta.

Teoria ecologică a violenței

Teoria ecologică a violenței în familie reușește să structureze un model explicativ mai complex al acestui fenomen. Cultura, circumstanțele individuale, mediul familial apropiat, istoricul familial, rețelele sociale formale și informale reprezintă posibili factori de risc ai mediului social. Interacțiunea tuturor acestor factori poate constitui un mediu mai mult sau mai puțin favorabil apariției abuzului în familie (Garbarino, 1977).

Cel puțin două condiții trebuie împlinite simultan pentru ca abuzul să se producă: mediul în care familia trăiește trebuie să accepte violența iar familia trebuie să fie izolată de serviciile și sistemele de suport comunitar (Garbarino, 1977). Un rol esențial în prevenirea

violenţei îl au organizaţiile şi iniţiativele sociale de combatere a acestui fenomen. Copiii suferind de dizabilităţi prezintă riscul cel mai ridicat de victimizare (Porter et al., 1995), nevoile speciale ale acestora crescând nivelul de risc al părinţilor.



Figura 1: Modelul ecologic pentru explicarea violenţei în familie,
WHO, 2002

În 2002 Organizaţia mondială a sănătăţii a continuat elaborarea modelului ecologic plasând individul şi caracteristicile sale personale în centrul paradigmei. Trăsăturile de personalitate individuale vor filtra specific restul factorilor făcând apariţia reacţiilor agresive mai mult sau mai puţin probabilă. Relaţiile apropiate cu partenerul, familia şi prietenii reprezintă nivelul de impact următor. Interacţiunile cu aceste persoane, istoricul relaţional, valorile şi credinţele lor vor prezice semnificativ comportamentele individului. Comunitatea operaţionalizată prin mediul fizic şi social în care individul se dezvoltă şi trăieşte contribuie la conturarea modelului explicativ al violenţei în familie. Ultimul nivel este societatea care prin valorile şi regulile promovate formal şi informal are un impact decisiv asupra expresiei individuale (Krug et al, 2002).

Modelul ecologic are avantajul de a integra perspective diferite asupra violenţei în familie promovând ideea că nu poate exista o singură cauză pentru abuzul familial ci o gamă întreagă de factori diferiţi a căror interacţiune determină gradul de risc al apariţiei violenţei. Deşi această abordare pare să surprindă mai fidel realitatea fenomenului discutat, factorii de risc şi cauzele nu pot fi confundaţi. Abuzurile familiale individuale pot izvorî din istoricul victimei şi al agresorului, din relaţiile dintre partenerii de cuplu, familie, colegi şi cunoştinţe, dar ele nu pot fi separate de contextul social care stabileşte normele, atitudinile şi sancţiunile.

Teoria evoluționistă (Sociobiologică)

Teoria evoluționistă a apărut pentru a explica violența asupra copiilor, violurile și alte situații de abuz în familie (Alexander 1974; Daly & Wilson 1981; Lightcap, Kurland & Burgess, 1982). Postulatul care stă la baza acestei teorii este că indivizii vor acționa pentru a crește probabilitatea perpetuării genelor prin generațiile următoare. Astfel s-ar explica frecvența crescută a abuzurilor asupra copiilor vitregi sau a copiilor cu dizabilități. Teoria evoluționistă postulează că părinții nu se vor atașa afectiv de copiii cu potențial reproductiv scăzut, crescând riscul de abuz (Brugess & Draper, 1989). Violul și violența asupra femeilor s-ar explica de asemenea prin nevoile reproductive ale bărbaților. Asemenea primatelor, bărbații ar folosi violența pentru a contracara rezistențele partenerei și a asigura reproducerea.

Teoria evoluționistă prezintă limite evidente. Nu reușește să explice atașamentul dintre părinții adoptivi și copiii lor, relațiile funcționale dintre părinții și copiii vitregi sau atașamentul frecvent la părinților pentru copiii lor cu dizabilități. În plus, această teorie situează cauzele abuzului asupra femeilor și copiilor în natura umană fundamentală, deculpabilizând puternic și nejustificat agresorii.

Teoria intergenerațională a transmiterii violenței

Teoria intergenerațională este unul dintre cele mai populare modele explicative ale violenței în familie atât în rândul specialiștilor, cât și al populației generale. Popularitatea sa nu este însă susținută de date empirice consistente și de netăgăduit. Ipoteza transmiterii intergeneraționale a violenței a generat controverse continue între cercetători timp de mai multe decenii.

Teoria susține că tendințele violente pot fi moștenite de la familia de origine ca urmare a asistării la acte violente în familie sau a victimizării directe. Copilul supraviețuitor al violenței în familia de bază va crește cu o predispoziție de a manifesta comportamente agresive în noua sa familie. Tendințele violente ar fi astfel transmise de la o generație la alta într-o succesiune nesfârșită.

În anii 60, Steele și Pollock au realizat unul dintre cele mai cunoscute studii pe această temă. 60 de părinți acuzați că si-ar fi abuzat copiii au participat la acest studiu. Majoritatea subiecților au afirmat că în copilărie au suportat revendicări intense, presante și pervazive din partea propriilor părinți. Doar o parte dintre cei 60 de părinți participanți la studiu fuseseră abuzați fizic în copilărie (Steele

& Pollock, 1968). Cu toate acestea, studiul este adesea citat pentru a susţine teoria transmiterii intergeneraţionale a violenţei.

Alte studii desfăşurate pe eşantioane mai mari raportează un procent de 18% al transmiterii intergeneraţionale a violenţei (Straus, 1979; Hunter & Kilstrom, 1979). Hunter şi Kilstrom au evaluat resursele mobilizate de cei 82% dintre părinţii abuzaţi în copilărie care nu şi-au abuzat la rândul lor copiii, rupând şirul transmiterii intergeneraţionale. Printre aceste resurse se numără o relaţie pozitivă cu unul dintre proprii părinţi, copii sănătoşi şi suportul social.

Alt studiu arată că femeile care au asistat sau au fost victime directe ale violenţei în copilărie, îşi disciplinează mai adesea proprii copii recurgând la pedepse fizice (Cappell & Heiner, 1990). Autorii susţin ideea transmiterii intergeneraţionale a tendinţelor violente raportând că indivizii crescuţi în familii abuzive provoacă violenţă, acceptă violenţa ca firească şi îşi aleg parteneri violenţi mai adesea decât populaţia generală.

McMahon şi Clay-Warner (2002) oferă o perspectivă mai nuanţată asupra paradigmei de faţă. Ei explică dezvoltarea comportamentelor violente la maturitate prin teoria ataşamentului. Ataşamentul faţă de figuri consistente şi securizante se constituie ca element esenţial în dezvoltarea timpurie a individului şi este garantat de un mediu familial armonios şi disponibil. Eventualele atitudini agresive ale părinţilor lezează dezvoltarea unui ataşament echilibrat iar copilul va creşte într-un adult vulnerabil şi agresiv. Noutatea modelului propus de cei doi autori stă în lărgirea categoriei copiilor afectaţi. Deficienţele de ataşament nu sunt cauzate doar de un mediu familial violent. Copiii abandonaţi de către părinţi, cei care cresc în familii dezorganizate, cei mutaţi frecvent de la un asistent maternal la altul întâmpină de asemenea dificultăţi în conturarea unui tip de ataşament securizant. Divorţul, separarea părinţilor sau decesul unuia dintre ei, pot conduce la situaţii de abuz sau la afectarea ataşamentului copiilor (Wolfner & Gelles, 1993).

Folosirea pedepselor fizice asupra copiilor determină formarea unui pachet specific de credinţe cu privire la violenţă. Adultul de mai târziu va acţiona apelând la aceste credinţe (Straus, 1976). În primul rând copilul învaţă că iubirea şi violenţa pot coexista, pedepsele corporale fiind administrate de părinţii care îi iubesc. Actele de

violență asupra membrilor familiei sunt firești și justificate în anumite circumstanțe. Violența este legitimă și poate fi explicată și înțeleasă.

În ansamblu cercetările care verifică validitatea acestei teorii au stabilit doar posibilitatea unei relații între statutul de martor sau victimă a violenței în familie și antrenarea în comportamente violente la maturitate. Multe dintre studiile întreprinse arată că mai mult de jumătate dintre copiii victimizați nu confirmă paradigma intergenerațională. Teoria trebuie aprofundată în continuare pentru a diferenția între copiii martori sau victime sau în funcție de vârsta de expunere sau victimizare.

Teoriile socioculturale ale violenței în familie

Teoriile socioculturale propun o viziune macro asupra determinismului violenței în familie. Ele analizează rolurile de gen și normele sociale asupra legitimității violenței. Atitudinile și valorile culturale sunt evaluate ca factori de protecție sau de risc.

Teoria subculturii violenței

Teoria subculturii violenței a apărut atunci când cercetătorii au căutat motivele violenței dincolo de determinismul biologic și psihologic, înțelegând violența ca pe un fenomen social mai mult decât pe unul individual. Specialiștii au constatat că actele de violență sunt mai frecvente în cadrul anumitor arii spațiale și demografice. În anii 30 teoreticieni americani ai delincvenței au căutat să explice preponderența crimei și a violenței în cartierele sărace de afro-americani (Sellin, 1938; Miller, 1958; Cohen, 1955). Ei au fost printre primii cercetători care au propus conceptul de subcultură criminală și care au propus sărăcia și inegalitățile sociale ca factori de risc. Teoriile dezvoltate atunci au fost elaborate și consacrate mai târziu de Wolfgang și Ferracuti (1967). Ei susțineau că violența ar fi mai frecventă în mediile socioeconomice scăzute pentru că acești indivizi își asumă norme și credințe mai tolerante și permisive față de actele agresive. Răspunsul violent este învățat timpuriu ca fiind legitim și în consecință aplicat mai des decât în populația generală. Autorii teoriei subculturii violenței susțin că aceasta apare ca urmare a conformării indivizilor la o subcultură pro-violentă care este în conflict direct cu populația generală. Subculturile violente ar fi un fenomen masculin, rasial, caracteristic claselor inferioare. Cu toate acestea, Wolfgang și Ferracuti (1967) nu reușesc să explice apariția acestor subculturi în

medii specifice, în condițiile în care toate clasele sociale sunt expuse în zilele noastre la reprezentări valorizate ale violenței. Media promovează violența ca manifestare preponderent masculină asociată cu însușiri reprezentative și dezirabile ale masculinității: putere, asertivitate, forță. Această viziune promovată masiv în zilele noastre poate contribui la violența împotriva femeilor, întărind inegalitățile de gen. În cadrul subculturilor însă reacțiile violente le amenințări vizând onoarea și reputația sunt mai saliente și prescrise cultural, mai ales pentru că lipsa reacției ar putea avea consecințe fatale. Astfel este descris mecanismul unui cerc vicios în care violența este soluția pentru supraviețuire într-o cultură violentă. Conștiința acestui fenomen are și rol de normalizare a actelor agresive care devin în timp tot mai firești fiind puse în aplicare tot mai des și fără a fi provocate semnificativ. Subculturile încurajează conformismul în cadrul relațiilor intragrup și etichetează drept trădare nonconformismul.

Violența si media

Așa cum am arătat și mai sus, media are un rol important în promovarea și valorizarea violenței. Filmele, desenele animate, buletinele de știri, jocurile video, contribuie la desensibilizarea noastră la actele violente și oferă exemple de recompensare socială a reacțiilor agresive (Pagelow, 1984). Copiii sunt probabil cei mai afectați de efectele deformatoare ale mijloacelor de informare în masă. De altfel sustragerea de la manipularea masivă la care suntem supuși este foarte anevoioasă în condițiile generalizării tehnologice și a nevoii de informație.

Teorii feministe

Teoriile feministe explică violența din prisma inegalității de gen în societățile patriarhale în care bărbații subordonează femeile și le privează de drepturi fundamentale (Dobash & Dobash, 1979). Inclusiv în societatea occidentală normele sociale și economice susțin o structură patriarhală. Dezechilibrul de putere este menținut prin tradiție, obiceiuri și legi. Aceste realități au condus la perpetuarea victimizării femeilor de-a lungul timpului. Pentru a susține această viziune Dobash&Dobash (1992) argumentau că bărbatul și-a manifestat sistematic, de-a lungul timpului, dominația și controlul asupra femeii prin intermediul violenței. În zilele noastre abuzurile sunt prevalente în familiile ce mențin o structură patriarhală. La nivel

macrosocial, astfel de familii sunt mai frecvente în comunitățile care mențin prin legi și obiceiuri dezechilibrul de putere.

Teoriile feministe au fost criticate ca fiind incapabile să explice violența din cuplurile homosexuale, abuzurile femeii asupra bărbatului sau traiul pașnic din unele cupluri cu atitudine patriarhală. Ca urmare a acestor critici, perspectiva feministă a fost actualizată, explicând violența în cuplu ca mijloc de menținere a controlului asupra partenerului.

Teoria sistemelor generale

Teoria sistemelor generale (Straus, 1973; Giles – Sims, 1983) descrie violența în familie ca pe o problemă de sistem. Dinamica sistemului familial poate menține, escalada sau reduce nivelul violenței familiale. Straus (1973) propune trei elemente de bază necesare pentru explicarea fenomenului: prezența alternativelor comportamentale, mecanismul de feedback care asigură posibilitatea ameliorării sistemului și obiectivele sistemului. Există numeroase cauze ale recurgerii la violență descrise de teoria sistemelor. Atunci când reacția violentă duce la împlinirea obiectivului agresorului, feedbackul pozitiv întărește comportamentul agresiv.

Teoria resurselor

Teoria resurselor susține că toate sistemele sociale, inclusiv familia, folosesc ca principiu de conservare forța sau amenințarea forței. Forța este apanajul celui puternic și oferă posibilitatea de control. Controlul, puterea, forța aparțin individului care deține cele mai multe resurse sociale, economice, personale (Warner et al. 1986). În cadrul familiei partenerul care controlează numărul superior de resurse va avea mai multă forță și va putea recurge la violență. Având în vedere că bărbații dețin profesii mai prestigioase și mai bine plătite, de obicei ei dețin mai multă putere în relație decât femeile. Goode (1971) remarcă însă că abundența resurselor unei persoane este de fapt invers proporțională cu probabilitatea recurgerii la violență. Mobilizarea forței nu este necesară celui care deține controlul și are încredere în forța sa. Un partener sărac în resurse, care vrea să domine și să mențină controlul asupra celuilalt deși este needucat, are o profesie neprestigioasă, un venit modest și nu dispune de abilități interpersonale, poate alege să recurgă la violență pentru a modifica raportul de forțe (Gelles, 1993).

Teoria conflictului social

Teoria conflictului social pune la baza escaladării conflictelor sau a violenței din cuplu sentimente refulate de furie și rușine. Interacțiunile umane stau la baza familiilor și a comunităților. Când legăturile esențiale sunt amenințate, indivizii recurg la comportamente de protecție. Această paradigmă se referă la conflicte de masă, de cuplu sau alte procese de comunicare interumană (Retzinger, 1991).

Concluzii

Violența în familie este ilustrată printr-o varietate de modele și teorii care încearcă să explice cât mai corect etiologia acestui fenomen. În ciuda numărului mare de ipoteze explicative, niciuna dintre paradigme nu a reușit să obțină susținerea unanimă a specialiștilor în domeniu. Teoriile cele mai convingătoare sunt cele care acceptă interacțiunea mai multor variabile diferite în descrierea determinismului violenței în familie.

CONSECINȚE PSIHOLOGICE ALE VIOLENȚEI ÎN FAMILIE

Diversitatea perspectivelor explicative ale violenței în familie este expresia complexității fenomenului. Consecințele violenței în familie sunt la fel de importante și complicate asimilându-se în cadrul unui cerc vicios care după cum o arată teoria intergenerațională, conduce la perpetuarea fenomenului într-un scenariu continuu în care victimele devin agresori. Cercetătorii descriu un ciclu al violenței în familie (Asociația baroului american, 2007):

• etapa de acumulare a tensiunilor, în care victima este temătoare și precaută căutând evitarea unui episod violent;

• etapa acută, în care se desfășoară abuzul. Poate dura de la câteva ore la o săptămână sau chiar mai mult;

• etapa de relaxare, o perioadă de calm, în care agresorul se arată tandru și drăgăstos față de victimă. Această etapă este trecătoare constituind doar un armistițiu și nu rezolvarea conflictului. Tocmai această etapă contribuie la perpetuarea victimizării prin sporirea sentimentelor de confuzie și vinovăție ale victimei. Ambivalența comportamentală a agresorului o face să se îndoiască de ea însăși și să evalueze legitimitatea abuzurilor la care este supusă.

Etapele evoluează în spirală: etapele tensionate devin tot mai lungi, abuzurile devin tot mai grave, iar etapele de relaxare devin tot mai scurte sau dispar cu totul (Asociația baroului american, 2007)

Efectele negative sunt grave, variază ca intensitate și pot fi sesizate pe termen scurt și lung. Viața victimelor este afectată la multiple niveluri: fizic, social, profesional, economic și psihic. Sănătatea fizică a victimelor poate fi afectată în grade diferite necesitând îngrijiri mai multe sau mai puține. Consecințele variază de la vânătăi la infirmități temporare sau permanente sau la moartea victimei. Capacitatea de muncă poate fi afectată iar absențele de la serviciu datorate leziunilor suferite sau interdicțiilor impuse de agresor pot conduce la pierderea locului de muncă. Într-un astfel de scenariu, veniturile victimei se reduc sau dispar de tot, aceasta devenind dependentă financiar de agresor. Decizia de a pleca devine tot mai dificil de luat, mai ales atunci când există și copii minori. Suportul social este foarte important în astfel de situații, dar în cele mai multe cazuri victima este izolată de grupul de prieteni, colegi și familie prin interdicțiile soțului și ca urmare a propriilor stări de rușine și culpabilitate.

Toate consecințele descrise mai sus sunt însoțite și agravate de tulburările psihice provocate în procesul de victimizare. Pe termen lung și scurt, violența în familie are efecte devastatoare asupra psihicului persoanei.

Starea de criză este un set de circumstanțe specifice care determină individului detresă și dezechilibru în condițiile în care strategiile obișnuite de coping devin ineficiente (Roberts, 1990; Bard & Sangery, 1986). Lindemann (1994) a descris starea de criză în legătură cu suferința resimțită în perioada de doliu acut, considerând-o o etapă firească în încercarea de a face față unei pierderi semnificative. Teoriile sale au fost elaborate și extinse pentru a se referi la reacțiile resimțite în urma oricărui eveniment traumatic (Wing, 1978; Caplin, 1964). Dincolo de definiția standard, starea de criză este un concept foarte subiectiv, persoane diferite evaluând diferit o situație periculoasă, o pierdere importantă, un eveniment traumatic. Reacțiile mobilizate pentru a răspunde la starea de criză, variază de asemenea foarte mult. În plus, din punct de vedere medical, social, psihologic sau juridic, starea de criză este definită și evaluată

diferit. Din punct de vedere psihologic, există mai multe etape în procesarea stării de criză de către victimă.

Etapa impactului

Este etapa de șoc imediat după situația de abuz. Victima se simte confuză, vulnerabilă, neajutorată și are dificultăți în a asimila evenimentele tocmai petrecute. Are un sentiment puternic de irealitate și nu poate să creadă că cele trăite s-au petrecut cu adevărat. Pot apărea insomnii, scăderea apetitului și labilitate emoțională puternică. Variațiile stării de spirit pot persista între câteva ore și câteva zile. Victima este foarte sensibilă și influențabilă în această etapă, iar suportul social adecvat este esențial pentru depășirea momentului.

Etapa de recul

După starea de șoc, victimele încep să asimileze evenimentele petrecute intrând în etapa de recul. Violența petrecută este acceptată acum ca realitate iar sentimentele trăite în fața acestei realități sunt de frică, tristețe, vină și ambivalență puternică față de agresor. Această etapă se caracterizează printr-o lupta epuizantă cu propriile stări. Unele victime luptă să accepte stările trăite, altele luptă să le îndepărteze, dar în ambele cazuri procesul este obositor și întârzie vindecarea (Caplin, 1964).

Starea de recul poate fi însă și o continuare coerentă a stării de șoc prelungind negarea și detașarea emoțională. Evitarea poate fi folosită ca strategie de coping, victimele agresate orientându-și întreaga atenție asupra altor activități cum ar fi munca sau alte preocupări care le confiscă total în încercarea de a nu se confrunta cu întâmplările dureroase și emoțiile provocate. Construirea unui plan justițiar pentru pedepsirea agresorului poate fi o altă strategie menită să amâne sau să înlesnească procesarea afectivă. Furia față de agresor poate deveni obsesivă și este de multe ori necesară procesului de vindecare.

În ciuda negării și evitării folosite preferențial pentru a face față, de obicei etapa de recul conține și confruntarea cu stările trăite. Frica este o emoție persistentă care stăpânește victima, mai ales dacă agresorul s-a menținut în preajmă. Suportul social este esențial și în acest stadiu când individul are nevoie să verbalizeze tumultul afectiv. Treptat impactul traumatic se diminuează iar starea de spirit a victimei se normalizează.

Etapa de reorganizare

Pe măsură ce nevoile de negare și evitare ale propriilor emoții dispar iar victima își acceptă trăirile, etapa de recul se transformă în etapa de reorganizare. Evenimentele dureroase trăite devin gestionabile și sunt puse în perspectivă. Concentrarea asupra activităților prezente devine mai ușor de realizat, în timp ce trecutul nu mai este analizat obsesiv. Sunt găsite și aplicate măsuri pentru a rezolva aspectele practice ale noilor stări de fapt.

Acesta este doar un model al reacțiilor psihologice posibile. Chiar și în cadrul lui există variații în emoțiile resimțite și strategiile aplicate pentru a face față. Tulburarea de stres acut este alt deznodământ posibil.

Tulburarea de stres acut a fost descrisă în a patra ediție a Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM IV – TR, 2003). Pentru a fi diagnosticată această tulburare, victima trebuie să fi trăit, să fi fost martoră sau să se fi confruntat cu o situație care presupune moartea sau amenințarea cu moartea, vătămarea gravă sau amenințarea integrității fizice personale sau a altuia. Evaluarea unei astfel de situații este subiectivă. Pentru ca stresul acut să apară victima trebuie să simtă frică intensă, neputință sau oroare în fața pericolului. Simptomele dezvoltate în timpul sau imediat după evenimentul traumatic includ anxietate puternică, cel puțin trei simptome disociative cum ar fi derealizare, depersonalizare, amnezie disociativă, sentimentul subiectiv de insensibilitate, detașare, absență a reactivității emoționale sau o reducere a conștiinței ambianței. Sunt prezente și simptomele intruzive de reexperientare persistentă a evenimentului prin gânduri, vise, imagini, simptomele de evitare a stimulilor care trezesc amintiri despre traumă și surescitare manifestată prin insomnii, iritabilitate, hipervigilență, concentrare redusă. Perturbarea trebuie să dureze între 2 zile și 4 săptămâni.

Tulburarea de stres posttraumatic a fost definită inițial ca dezvoltarea de simptome specifice ca urmare a unui eveniment traumatic care iese din gama experiențelor umane obișnuite (DSM – IV TR, 2003). Având în vedere că acest diagnostic a fost conceput pentru a explica simptomele veteranilor războiului din Vietnam, această operaționalizare este de înțeles. Ediția a patra revizuită a Manualului

de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale a renunțat însă la această precizare. Interpretarea evenimentelor de viață este subiectivă iar ceea ce determină simptomele stresului posttraumatic este percepția victimei asupra evenimentului și nu evenimentul în sine. Simptomele sunt cele descrise în tulburarea de stres acut cu singura diferență că ele trebuie să persiste cel puțin o lună pentru ca tulburarea de stres posttraumatic să fie diagnosticată.

Violența în familie este adesea trăită cu groază și neputință de victimă. Abuzurile pot fi ușor catalogate ca evenimente traumatice și din păcate simptomele nu întârzie să apară. Studii asupra victimelor violurilor arată ca 94% dintre victime manifestau simptome ale stresului posttraumatic la o săptămână după eveniment iar 47% continuau să se simtă astfel trei luni mai târziu (Rothbaum, 1992).

Depresia este altă tulburare mentală ce însoțește adesea abuzul în familie. Se caracterizează printr-un episod depresiv major care durează cel puțin două săptămâni timp în care există fie dispoziție depresivă, fie pierderea interesului sau plăcerii pentru majoritatea activităților. Victima mai poate resimți modificări în apetit sau greutate, somn și activitate psihomotorie, sentimente de vinovăție și inutilitate, dificultăți de concentrare și gândire, idei recurente despre moarte, planuri sau tentative de suicid. Aceste stări sunt simțite cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (DSM –IV TR, 2003). Activitățile importante cum sunt cele sociale sau ocupaționale sunt afectate de starea de detresă puternică.

Abuzul de substanțe ca alcoolul și drogurile poate fi altă consecință a violenței în familie. Consumul sistematic și repetat poate duce la afectarea funcționării sociale și profesionale, dificultăți în realizarea rolurilor majore, probleme legale.

Reacțiile la violența în familie sunt foarte diferite și depind de caracteristicile victimei, de tipul de abuz, relațiile cu agresorul, consistența suportului social și mulți alți factori. După ieșirea din contextul abuziv, timpul și eventuale intervenții specializat pot rezolva multe sin simptomele resimțite de victime, însă abuzul nu va fi uitat iar schimbările structurii profunde a victimei vor fi mereu greu de intuit și evaluat.

NOȚIUNI DE BAZĂ MEDICO-LEGALE. CAZUISTICĂ EXEMPLIFICATIVĂ

Valentin Gheorghiu, Alexandra Enache, Diana Bulgaru-Iliescu

INTRODUCERE

Medicina legală este o știință cu vechi tradiții. Etapele evoluției medicinei legale sunt legate de două aspecte principale şi anume:

• dezvoltarea ştiințelor biologice în general şi a ştiințelor medicale în special;

• evoluția normelor procedurale care reglementează activitatea de probațiune judiciară.

Astfel, medicina legală, care are drept scop lămurirea unor probleme judiciare cu implicații medicale, devine prin intermediul actelor şi expertizelor medico-legale, un sprijin competent acordat activității procesului de administrare a probelor pe baze obiectiv-stiintifice.

Deci, putem spune că medicina legală cuprinde atât cercetarea tuturor problemelor biologice sau medico-chirurgicale ridicate în general de științele juridice şi în special de activitatea procesuală, cât şi sistematizarea noțiunilor şi metodelor necesare rezolvării acestor probleme în folosul justiției.

Astfel, medicina legală este strâns legată nu numai de dreptul penal, cât si de dreptul civil, de dreptul familiei şi de dreptul muncii.

În **dreptul civil**, medicina legală contribuie la stabilirea incompetenței psihice în cazurile încheierii actelor de dispoziție, încheierii căsătoriei, cazurile în care este necesară instituirea tutelei sau curatelei, încredințarea minorului, schimbarea sexului, aptitudinii de conducere auto sau de a purta şi folosi arme, etc.

În dreptul muncii medicina legală contribuie la stabilirea incapacității de muncă consecutivă traumatismelor produse în procesul muncii, la respectarea condițiilor medicale la angajare, a răspunderii ce revine întreprinderii sau angajatului în producerea accidentului de muncă respectiv și în ultimă instanță la prevenirea acestuia.

Dar mai relevante sunt relațiile strânse ale medicinei legale cu **dreptul penal**, deoarece prin stabilirea prejudiciului adus vieții sau sănătății în cazurile de încălcare a unor legi, regulamente sau norme de conviețuire socială, expertiza medico-legală contribuie major la justa încadrare a faptei în textul legii penale. Ea precizează caracterul omisiv sau comisiv, al unor astfel de fapte, timpul scurs, modul și mijloacele de săvârșire a infracțiunii, raportul de cauzalitate dintre acțiune sau inacțiune și efectele acestora, factorii determinanți sau favorizanți în producerea unui efect biologic.

În probarea laturii subiective a infracțiunii, deși stabilirea **intenției** sau **culpei** intră în atribuția exclusivă a organului de justiție, expertiza medico-legală contribuie la aceasta prin stabilirea capacității infractorului:

- de a cunoaște și urmări consecințele faptei – **intenția directă**,
- de a prevedea și accepta posibilitatea producerii acestor consecințe – **intenția indirectă**,
- de a prevedea urmările faptei socotind fără temei că ele nu se vor produce – **ușurința** (culpa),
- nu a prevăzut aceste urmări, deși trebuia și putea să le prevadă – **neștiința** (culpa).

Expertiza contribuie și la stabilirea responsabilității legată de vârstă (vezi responsabilitatea minorului), iar prin aprecierea gravității leziunilor corporale și a caracteristicilor acestora, la stabilirea în mod indirect, a vinovăției fiecărui agresor, precum și la încadrarea corectă a faptei în textul legii penale.

Nu de puține ori, medicul legist este chemat să arate depășirea efectelor unor violențe datorită stării premorbide a victimei. Studiul motivației unei infracțiuni permite expertului să deducă mobilul actului antisocial, oferind în același timp elemente probatorii pentru aprecierea stării de necesitate, legitima apărare, constrângerea fizică sau morală.

Prin expertiza medico-legală psihiatrică sunt stabilite legăturile cu problemele răspunderii penale a infractorului, contribuind prin examinarea acestuia la furnizarea unor elemente ce ajută justiția la gradarea pedepsei (elemente de circumstanțiere) sau la stabilirea iresponsabilității prevazută de art.48 C.P.

Expertiza medico-legală indiferent de natura ei, constituie un mijloc de probă cu caracter ştiinţific, supusă regimului valorii probatorii obişnuite (adică nu este o probă cu valoare prestabilită), dar supusă în acelaşi timp rigorilor prevăzute de codul penal asupra experților care au efectuat-o în situația în care aspectele enunțate nu corespund realității sau adevărului ştiinţific. De obicei, persoanele implicate într-o „cauză medico-legală" tind să-şi prezinte exagerat situația medicală în scopul obținerii unei evaluări „mai favorabile". Medicul legist are obligația de a păstra echidistanța şi de a consemna numai faptele medicale obiectivabile, fără a omite însă de a le consemna şi pe cele subiective.

În România, expertiza medico-legală în general, inclusiv cea pediatrică, este instituționalizată, în sensul că aceasta este ordonată pentru a fi efectuată unei instituții medico-legale, urmând ca şeful instituției medico-legale să desemneze medicii care vor efectua expertiza. Din acest moment aceştia devin experți oficiali, iar expertiza devine atribuție de serviciu. Astfel, răspunderea celor consemnate devine una individuală, iar în cazul îndeplinirii defectuoase a atribuțiilor de serviciu fapta poate fi sancționată penal, în conformitate cu infracțiunile prevăzute de Codul Penal, cum ar fi: neglijența în serviciu, abuzul, falsul şi uzul de fals, mărturia mincinoasă, darea şi luarea de mită, însuşirea de foloase necuvenite, etc.

Expertul are obligația de a fi obiectiv şi, prin constatările sale, nu trebuie să favorizeze vreuna din părți. Trebuie să reamintim faptul că în cazurile penale sau civile care necesită opinia experților există întotdeauna 2 părți în conflict. Favorizarea uneia dintre părți implică defavorizarea celeilalte. Cu alte cuvinte, în medicina legală, „ajutorul" dat uneia dintre părți defavorizează în mod automat pe cealaltă, fie că este autorul infracțiunii, fie că este victima lui. Necesitatea obiectivității expertului devine astfel nu numai o cerință legală, cât şi una etică.

LEZIUNI TRAUMATICE

Studiul traumatologiei medico-legale este o parte integrantă a analizei psihopatologice din cadrul expertizei medico-legale psihiatrice. Astfel, morfologia şi topografia leziunilor victimelor sau ale învinuitului ori ale suspectului săvârşirii infracţiunii, alături de interpretarea medico-legală a acestor leziuni privind cauzalitatea, caracterul tanatogenerator sau al prejudiciului creat, caracterul vital al leziunilor, şansele de supravieţuire şi chiar modul de acordare a asistenţei medicale conferă expertului elemente criteriologice de analiză psihopatologică necesare stabilirii discernământului şi al periculozităţii sociale, ca elemente principale oferite justiţiei pentru stabilirea formei de vinovăţie şi implicit a responsabilităţii penale. În mod evident, prin specificul profesiei, medicului legist, în calitatea sa de membru al comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică, îi revine atribuţia de analiză a aspectelor traumatologice şi de a explica aceste aspecte celorlalţi membri ai comisiei.

Leziunile traumatice externe sau leziunile primare, cum sunt tumefacţiile, echimozele, excoriaţiile, plăgile şi hematomul sunt prin ele însele leziuni de gravitate redusă, cu excepţia cazurilor în care sunt situate pe suprafaţă corporală mare şi determină apariţia unor manifestări sistemice (de ex. şocul hemoragic) cu potenţial tanatogenerator.

Leziunile organelor interne, ale vaselor şi nervilor sunt cele care pot avea gravitate mare, de la simple contuzii de organe până la producerea morţii. Acest tip de leziuni sunt cele care, prin polimorfism, morfologie şi consecinţe, revin medicinei legale de a fi evaluate cu scopul de a oferi justiţiei elementele probatorii ştiinţifice cu caracter medical, pentru încadrarea corectă a unei speţe.

În traumatologia mecanică rolul medicului legist este de a constata existenţa leziunilor traumatice, de a evalua gravitatea acestora şi a eventualelelor complicaţii survenite în evoluţia lor, şi de a răspunde obiectivelor necesare soluţionării cazului în justiţie. La persoana în viaţă, principalul obiectiv al expertizelor este **stabilirea gravităţii leziunilor** suferite. Modalitatea de apreciere este cea a numărului zilelor de îngrijire medicală. Acest fapt presupune analiza leziunilor traumatice şi ale efectelor acestora şi evaluarea obiectivă a *perioadei de tratament necesar şi suficient* pentru acel tip de leziuni.

Specificul evaluărilor medico-legale este cel potrivit căruia sunt luate în considerare numai leziunile şi consecinţele acestora ce pot fi obiectivate. Simptomatologia subiectivă nu poate fi inclusă în criteriul zilelor de îngrijire medicală şi nici a altor aprecieri medico-legale.

PREZENTARE DE CAZURI

CAZ 1

R. A.-M., de 21 de ani,

Obiectivele expertizei:

– stabilirea numărului de zile de îngrijire medicală şi date de producere a leziunilor, ţinând cont că în cele două lucrări medico-legale aflate în dosarul cauzei există un număr diferit de zile de îngrijire medicală, precum şi consemnarea a două date diferite în ceea ce priveşte producerea leziunilor.

Istoric:

Din dosarul cauzei rezultă că susnumita a fost victima unei agresiuni la data de 04.06.1996.

Constatări din actele medicale şi medico-legale.

1. Din Adeverinţa medicală eliberată de Cabinet medical, rezultă dg.: „Traumatism cranio-cerebral acut închis; stare post comoţională; sindrom cefalalgic. – Scutire medicală (pentru şcoală)".

2. În Certificatul medico-legal eliberat de LJML se consemnează: „occipital şi parietal stg. hematoame masive, fluctuente central, sensibile spontan şi la palpare. Temporal dr. hematom de 8/4 cm, fluctuent, sensibil la palpare. Acuză cefalee, ameţeli, vertij". În concluzii se apreciază că pentru leziunile produse prin lovire cu corp dur, la data de ***04.06.1999****, necesită* ***10-12 zile*** *îngrijire medicală, dacă nu survin complicaţii.*

3. Din Adeverinţa eliberată de Dispensarul medical rezultă că susnumita s-a adresat medicului de familie, stabilindu-se dg: „sindrom cefalalgic posttraumatic".

4. Din Adeverinţa medicală eliberată de Spitalul de neuropsihiatrie – Laboratorul de sănătate mintală (neuropsihiatrie infantilă) rezultă dg.: „cerebrastenie posttraumatică".

5. În nota medicală eliberată de către Spital la cererea Medicinei legale (prin care se solicită să se precizeze elementele de diagnostic ale cerebrasteniei posttraumatice) se consemnează: „diagnosticul de cerebrastenie posttraumatică este susținut pe următoarele criterii: (este o) complicație tardivă posttraumatică cu debut la peste 6 luni de la traumatism. Clinic (se manifestă prin): astenie fizică și psihică, iritabilitate, anxietate marcată, cefalee psihogenă, insomnie, plâns facil, scădere progresivă a rezultatelor școlare. Diagnosticul este în primul rând clinic. El nu poate fi evidențiat prin analize paraclinice, nefiind patognomonice pentru această afecțiune".

6. Din Certificatul medico-legal rezultă, după ce se consemnează diagnosticele anterioare, următoarele concluziile: „numita prezintă leziuni traumatice care pot data din 06.06.1996, au putut fi produse prin lovire cu corpuri dure și necesită un total de **22-24 zile** *de îngrijiri medicale de la data producerii, dacă nu survin complicații. Leziunile traumatice suferite nu i-au pus viața în primejdie".*

7. În adresa eliberată de ML către Parchetul de pe lângă Judecătorie se menționează: „modificarea numărului de zile de îngrijiri medicale s-a datorat survenirii în evoluție a unei „cerebrastenii posttraumatice" diagnosticată la spitalul de neuropsihiatrie infantilă după un interval de timp de cca 4 luni, în care numita a efectuat tratament în ambulator pentru sindrom cefalalgic posttraumatic. Menționăm că o cerebrastenie posttraumatică debutează la minimum 2 luni după un traumatism cranio-cerebral".

Din adresa eliberată ML către Tribunal se desprind următoarele: „anterior traumatismului nu sunt consemnate tulburări neuropsihice în fișele medicale școlare și nici în fișa medicului de familie. Ulterior traumatismului, consultațiile din fișa medicului de familie fac referire la manifestări neuropsihice posttraumatice pentru care este examinată de medicul primar neuropsihiatru care stabilește diagnosticul și recomandă tratament de specialitate – diagnostic însușit de medicul de familie și care apare ca diagnostic clinic la consultațiile ulterioare". În concluzii se meționează că prelungirea numărului de zile de îngrijire medicală s-a făcut pe baza examenului psihiatric de specialitate și nu pe baza unui diagnostic stabilit de un medic de familie.

9. Examinată la IML s-a recomandat internare în Spitalul de Psihiatrie, unde a fost internată două săptămâni cu diagnosticul la externare: „fără tulburări psihice clinic manifeste în perioada

examinării". Din anamneză rezultă că pacienta, în urma agresiunii fizice suferite, prezintă trăsături accentuate ale personalității de tip emotiv-instabil și psihastenice (ca mecanism defensiv în fața situațiilor anxiogene, percepute ca potențial periculoase).

Examenul psihologic din cursul internării concluzionează: „Analiza calitativă a performanțelor evidențiază capacități cognitive de nivel mediu-bun. Q.I. = 109 (±5) – posibilități bune în sfera posibilităților gândirii, a capacităților de reprezentare și rezoluție a problemelor. Nivel lexical și informațional corespunzător pregătirii socio-educative. Personalitate accentuată, consecutiv traumei psihice suferite în perioada de cristalizare a personalității, definită prin emotivitate, obsesivitate și psihastenie, instabilitate".

Examenul psihic: „pacientă în ținută de spital îngrijită, atitudine cooperantă, privire anxioasă, gestică ușor neliniștită, mimică mobilă exprimând o veselie forțată, voce cu tonalitate înaltă, ușor tremurată, discurs slab organizat, centrat pe trăirile afective. Orientată temporo-spațial, auto- și allopsihic. Fără tulburări mnezico-prosexice în momentul examinării. Neagă tulburări calitative din sfera senzațiilor și percepțiilor. Ritm și flux ideativ normal; coerență ideativă; asociații logice posibile; capacitate normală de abstractizare, sintetizare; gândire de tip afectiv; remanențe obsesive în legătură cu evenimentul psihotraumatizant din trecut; imaginație bogată; fără tulburări în sfera volițională activă. Dispoziție de fond eutimică; mare labilitate emoțională; toleranță mai scăzută la frustrare cu scăderea capacității de modulare a afectelor; crize coleroase; anxietate anticipatorie ca răspuns adaptativ la factori psihostresanți. Pacienta prezintă o bună capacitate de integrare în diferite sfere de activități (de tip social, școlar, familial). În sfera instictualității nu se remarcă modificări patologice. Nu prezintă tulburări hipnice, cu excepția unei insomnii predormiționale ce apare ca urmare a anxietății în context psihostresant. Personalitate cu trăsături instabil emoționale și anxios evitante.

CONCLUZII:

*În urma examinării lui **R. A.-M.** și a actelor medicale din dosarul cauzei pus la dispoziție am constatat că în prezent, susnumita **nu prezintă** tulburări posttraumatice clinic-manifeste. Pentru leziunile suferite în urma agresiunii a necesitat **10-12 zile** îngrijire medicală.*

Prelungirea numărului de zile peste acest interval este nejustificată, ea datorându-se apariției unor tulburări psihice datorate

stării conflictuale în care victima a fost implicată, ca mod de răspuns individual la un factor de stres şi nu s-a datorat gravităţii sau a unor complicaţii ale leziunilor iniţiale, de altfel, neobiectivate în cazul de faţă.

Exemplul este sugestiv pentru situaţiile în care persoana încearcă să se prevaleze de o simptomatologie subiectivă pentru a obţine un număr mai mare de zile de îngrijire medicală. Întotdeauna, când persoana acuză apariţia unor complicaţii posttraumatice, acestea trebuiesc verificate, obiectivul expertal fiind cel al stabilirii legăturii de cauzalitate dintre leziunile iniţiale şi complicaţiile acuzate.

În continuare vom prezenta un alt caz, sugestiv pentru constatarea tulburărilor psihice posttraumatice, modalitatea de obiectivare şi analiză medico-legală a cazului.

CAZ 2

***R. S.**, de 38 de ani, din oraşul O.*

Obiectivele expertizei:

***1.** Stabilirea numărului de zile de îngrijire medicală;*

***2.** Dacă prezintă afectarea capacităţii de muncă;*

***3.** Stabilirea legăturii de cauzalitate dintre accident şi starea actuală;*

***4.** Dacă afecţiunile constatate ulterior au preexistat accidentului.*

Istoric:

Aşa cum rezultă din materialul din dosarul cauzei pus la dispoziţie, susnumitul a fost victima unui accident rutier în calitate de şofer la data de 09.02.1998

Constatări din acte medicale:

(O parte din actele medicale sunt traduceri din limba maghiară, fără adaptare la terminologia română).

1. Extras de Diagnosticare eliberat de Institutul Ştiinţific de Chirurgie Neurologică pe ţară – Budapesta la data de 10.03.1998:

*„– a fost tratat pe secţia noastră începând de la 20.02.1998 până azi. Dg: **contusio cerebri, oedema cerebri, fractura maxillae, haemosinus maxillae, bronchytis chronica.***

– Anamneza: prea multe relaţii nu ne stau la dispoziţie; din spusele celor de la salvare am aflat că a suferit un accident rutier în România. A fost transportat în stare de inconştienţă la Spitalul din

Oradea. Despre acest fapt avem la dispoziție o documentație slabă, scrisă cu mâna în limba română. Pacientul a făcut CT și s-a costatat contuzie fronto-temporală stg. și hematom subdural. Abdomenul și toracele nu au fost afectate. A fost intubat încă din orașul O de medicul de Salvare. A avut febră în continuu, 38-39°C și a primit tratament cu Augmentin. Starea de conștiență s-a ameliorat puțin în a 5-a zi și a fost reintubat.

– Pe CT efectuat, pe peretele anterior al sinusului maxilar drept, se constată fractură. Partea stângă arată hiperdensitate temporală.

– La internare: bărbat cu dezvoltare potrivită vârstei, TA = 110/65 mmHg, puls 114/min., temperatura corpului = 39,2°C, reflexe corneene păstrate, pupilele reacționează normal la lumină, laringe liber, respirație bună, spontană, cu multă secreție, bătăi ritmice normale, abdomen ușor balonat, palpabil, fără manifestări hepato-splenice, mișcări spontane în extremități, Babinski pozitiv bilateral, mai accentuat pe dreapta.

– Examene paraclinice: CT al capului, analizele de laborator sunt la limita funcționabilității.

– În a 21-a zi de internare starea de conștiență se agravează, din cauza hipoxiei, a fost intubat și sedat. Respirație cu ajutorul aparatului. A doua zi se trece la tub de oxigen. Plămâni cu respirație corespunzătoare. Stare febrilă, tratament conform tabel sangvin. Alimentație parenterală din cauza stomacului aton. Tuse nemărginită, sughite. Agitație psihomotorie. Pupile restrânse la creșterea luminii. Membrele superioare și inferioare funcționabile, poate umbla. Respirație și bătăi ritmice normale. Abdomen moale, nu prezintă sensibilitate la palpare.

– Terapie cu HAES 250 ml la 12 ore, fraxiparin, vit. B12 săptămânal, tardiferon la 12 ore, nrorotop R, picături nazale, ACC 200, nootropil, atranax, rivotril, rindex, KCl, gelifundol. Se transferă în altă instituție pentru continuarea tratamentului".

2. Raport de Încheiere eliberat de Centrul Bolilor Cerebrale – Instituție de Neurologie și Psihiatrie pe țară – Budapesta.

Se consemnează inițial datele internării precedente și, suplimentar, următoarele:

– „pe CT s-a constatat fractură sinus maxilar în partea stângă, constatându-se hiperdensitate temporala, scala din spate cu semne de compresie. Linia nazală dislocată în dreapta".

– „la internare: tegumente palide, torace cu emfizem, cardiac normal, puls 64/min, TA = 110/74 mmHg dreapta, respectiv 110/70 mmHg stânga. Abdomen moale, se constată sensibiltate la palpare. <u>Neuropsihic</u>: nelinişte psihomotorie, dezorientare din toate punctele de vedere. Semne de modificări meningeale nu sunt, Lassegue negativ, pupile egale cu reacţii bune la lumină. Tonus muscular păstrat. În cele patru membre mişcări spontane. Babinski pozitiv. Incontinenţă urinară şi Rx toracic – fără modificări.

În urma terapiei neuroprotective funcţiile cognitive ale bolnavului arată progrese. Luând antidepresive starea clinică se ameliorează. Persistă încă neliniştea psihomotorie, dar datorită terapiei medicamentoase şi fizioterapice se arată progrese. Umblă singur cu foarte puţin ajutor. Nu s-a recomandat trimiterea bolnavului la instituţia de reabilitare. Nu mai persistă probleme de deglutiţie, putându-se trece la alimentaţia per os. S-a început condiţionarea vezicii deşi nu semnalează încă adecvat urinare. Pentru tratament local cutanat se administrează neogranormon.

Terapia adecvată: HAES, fraxiparin, Vit.B12, tardiferon, neurotrope, ACC200, nootropil, apranax, rivotril, ulceran, salsol, bromocriptin, seropram, unguent neogranormon".

Diagnosticele stabilite: ***psychoorganicus sy. postcontusios depressio; status postcontusio cerebri, status post fractura maxillae, status post haemosinus maxillaris, bronchitis chronica.*** *Se recomandă în continuare terapie medicamentoasă.*

3. Extras din F.O. eliberată de Spitalul J.F. Budapesta Sud – secţia psihiatrie:

„Internat la 18.04.1998 (la 3 săptămâni de la externare – n.n.) şi în prezent se află internat la secţie sub tratament.

Circumstanţele internării: transportat la secţia noastră cu ambulanţa, pe baza biletului de internare anexat, pentru comportament schizoid, inaderent. Bolnavul acasă sparge totul, este agitat. Internat ca urgenţă.

Anamneză: internat la OITI la 02.02. în urma unui accident survenit în România, TCC, contuzie cerebrală, edem cerebral, fractură maxilar. Transferat la clinica de chirurgie a Universităţii de Medicină cu grave modificări la CT. Fractură maxilară. A fost intubat 5 zile, apoi extubat. Fiind în stare febrilă i s-a aplicat terapie cu antibiotice. La cererea familiei a fost din nou transferat la OITI unde i se face din nou

CT şi Rx toracală. Devieri în ambele cazuri. Nutriţie parenterală şi intubare din nou timp de 14 zile. Hrănit 11 zile PEG. Nu s-a putut stabili un contact normal cu bolnavul, fiind tot mai confuz. Transferat la OPNI secţia Boli Vasocerebrale. Acolo i s-a îndepărtat PEG".

Examen boli interne – fără modificări

„Neurologic: ceafă liberă, fără semne de iritaţie meningeeană. Reflexe proprii şi străine mai leneşe, fără reflexe patologice. Sensibilitate fără devieri grosolane, uşor ataxic la coordonare; tendinţă Babinski preponderent în partea dreaptă. Afazie senzo-motorie.

Psihic: vigil, dezorientat, periodic agitat, comportament confuz. Semnele directe sau indirecte de halucinaţie nu pot fi verificate dar nici excluse. Gândire incoerentă, vorbire paralogică. Nu poate fi antrenat în cooperare reală. Distimie. Funcţiile mnestico-intelectuale nu se pot evalua".

„Epicriza: starea psihică în cursul internării prezintă oscilaţii. După o perioadă de ameliorare în comportament şi gândire s-a externat pentru adaptare, dar a prezentat recăderi repetate. În cursul adaptării a recăzut în mod repetat, devenind agresiv, agitat, de necoordonat, fapt pentru care s-a internat din nou. Afazia şi funcţiile cognitive s-au îmbunătăţit şi s-au scurtat perioadele de agresivitate. Se persistă la exerciţiile de scris. Pentru ameliorare primeşte tratament cu atiepileptice, iar pentru coordonarea comportamentului tranchilizante majore (posibilă o epilepsie posttraumatică sau schimbarea personalităţii". Cu recomandare de control neurologic şi psihiatric sistematic, CT şi EEG. „Se recomandă reabilitare psihică, neurologică şi tratamentul afaziei senzo-motorii. În cazul în care reabilitatea nu va surveni în termeni reali sau gradul de reabilitare nu va duce la recuperarea capacităţii de muncă, bolnavul se va prezenta în faţa Comisiei de Expertiză în vederea pensionării de boală".

4. Raport de Constatare medico-legală nr... eliberat de LML:

În concluziile expertizei se apreciază că pentru leziunile produse ca urmare a accidentului rutier a necesitat îngrijiri medicale timp de 55 zile. În completările din 15.08.1998 şi 23.01.1999 se apreciază că acel comportament schizoid menţionat la una din internările din Ungaria, nu are legătură de cauzalitate cu leziunile produse în cadrul accidentului rutier suferit.

5. Referat de Specialitate din 09.02.1999 eliberat de Casa de Asigurări Medicale – Institutul de Expertiză medicală Budapesta, cererea Direcției de Pensii Cegled:

*Dg.: „**psihosindrom organic** (stare posttraumatică); **stare postcontuzie cerebrală în regiunea fronto temporală lob stg.** (feb.1998).*

Motivare: fără boli interne semnificative, se află sub tratament psihiatric și neurologic din cauza psihosindromului organic cu ameliorare retardată. Conform referatului psihiatric necesită tratament psihiatric îndelungat, pentru care scop se declară invaliditate de gr. III, capacitate de muncă pierdută 67%. Termen de revizuire anul 2000 luna martie.

Recomandare de reabilitare: a nu desfășura activități prezentând pericol de accidentare sau efort intelectual".

6. Certificatul medical eliberat în 1999 de către Dispensarul Medical Hernad:

„Înainte de accident a fost complet sănătos fizic și psihic, nu se afla sub tratament. Permisul de conducere i-a fost vizat (medical)".

7. Raport de Expertiză Medico-Legală efectuat la IML:

„Comisia a luat în considerare constatarea medico-legală nr./1998 a LML, precum și biletele de ieșire din spital (Spital Budapesta – secția Psihiatrie) din care reiese că a fost internat în 1998 cu dg.: „sindrom psihoorganic, status postcontuzie cerebrală în regiunea fronto-temporală stg. De asemeni Certificatul medical eliberat de cabinetul neurologie în care se consemnează aplicarea unor tratamente în perioada 1998 – 1999.

Pacientul a fost examinat la Cabinetul Neurochirurgie al Spitalului Județean (1999) precizându-se: bolnav conștient, orientat temporo-spațial, fără deficite motorii sau senzitive, disfazie, tulburări psihice nesistematizate (tip temporal). Dg.: stare după contuzie cerebrală medie. Pacientul este internat pentru evaluare la clinica psihiatrică T., cu dg.: Encefalopatie posttraumatică minoră. Din epicriză reiese că a fost examinat clinic psihiatric (cu dificultate prin translație) și i s-a făcut un examen psihologic cu probe nonverbale (privitoare la organicitate și parțial performanțe).

Examinarea pacientului în prezența unei rude care a răspuns la întrebări suplimentare nu indică prezența unei tulburări psihotice (halucinații, delir etc.) și nici a unei demențe structurate sau cu elemente suficiente pentru a fi modificate. Principalele acuze pe care le afirmă pacientul sunt: astenie fizică și psihică la efort, tulburări mnestice (a căror

intensitate şi amploare nu au putut fi evaluate psihometric, dar ele nu au intensitate demenţială); descrie mai ales tulburări de memorie de scurtă durată şi de înţelegere; irascibilitate crescută (afirmativ cu descărcări de fire obişnuit spre morbide); simptome ce ar sugera o apraxie constructivă (adică dificultăţi în coordonarea obiectelor şi structurarea fină a spaţiului operaţional). Verişorul relatează că este mai dezinhibat în vorbire, că uneori vorbeşte fără oprire mult timp, repetând cele spuse deja. Nu acuză cefalee. Afirmativ, aceste simptome au avut o intensitate crescută ameliorându-se parţial (a urmat şi tratament de recuperare).

Examen psihologic: indică faptul că semnele de organicitate nu sunt pregnante. Nu au putut fi identificate prin examen simptome din seria echivalenţelor de epilepsie temporală (dromomanie, halucinaţii panoramice sau olfactive paroxistice, crize de derealizare etc.).

În concluzie simptomele afirmate de pacient (şi pe care în ansamblu nu le putem evalua psihometric) ar putea fi interpretate ca sechele după traumatismul craniocerebral în sensul unei encefalopatii minime cu uşoară caracteriopatie, astenie, deficit mnestic nemăsurat şi posibile deficienţe în praxie. Afirmaţiile pacientului sunt că datorită acestor acuze performanţele de activitate sunt mult mai mici decât anterior traumatismului (el fiind în trecut un întreprinzător deosebit de performant).

Examenul psihologic din 1999. (efectuat Bender-Santucci, Kochs, coordonare oculomotorie, A. Ray – control, Machover. Indici de organicitate nesemnificativi; fond noetic slab diferenţiat (stereotip reproductiv) şi se constată tendinţă la amplificare/dramatizare.

Cu privire la aprecierea gradului de invaliditate potrivit normativelor aplicate în România s-a efectuat expertiza persoanei în Comisia Judeţeană de evaluare a capacităţii de muncă nr... din 25.05.1999, trebuie însă luată în considerare şi faptul că potrivit standardelor maghiare pierderea este de 67%.

Dg. clinic: ***encefalopatie posttraumatică minoră.***

Dg. funcţional: ***deficienţă psihică uşoară.***

Dg. capacităţii de muncă: numitul R.S. are capacitatea de muncă uşor diminuată; ***nu se încadrează în grad de invaliditate.*** *Se recomandă dispensarizare şi control medical periodic prin serviciul de psihiatrie, cu indicaţia de a presta o muncă cu solicitare fizică şi psihică de intensitate medie. Apt 8 ore/zi ca întreprinzător particular.*

Referitor la perioada de îngrijiri medicale opiniem că întru cât diagnosticul de encefalopatie posttraumatică s-a stabilit prin repetate internări în clinici maghiare, fiind confirmat de investigaţia făcută ulterior în Clinica Universitară de Psihiatrie T., acceptăm ca timp necesar de îngrijiri medicale perioada de 6-12 luni, socotită de la data producerii accidentului rutier".

8. Expertiza medico-legală nr./1999 efectuată în Ungaria la data de 14 oct.1999 opinează:

„pe baza datelor şi examinărilor efectuate se poate constata că R. S., a fost victima unui accident de circulaţie rutieră, în urma căruia, în aşa măsură a suferit contuzie cerebrală încât în prezent este pensionat de invaliditate, nu este în stare să continue activitate aducătoare de venituri.

În prezent şi în continuare necesită control neurologic şi psihiatric, pe lângă acesta trebuie să administreze preparate care ajută metabolismul cerebral, precum şi preventiv antiepileptice.

La examinare şi în prezent s-au constatat urmările contuziei cerebrale care sunt: inexactitatea orientării în timp şi spaţiu, scăderea atenţiei şi concepţiei, iritabilitate, labilitate în viaţa afectivă.

Ţinând cont de toate acestea, deşi din febr. 1998 în starea sa a survenit o ameliorare, nicidecum nu se poate vorbi despre o vindecare totală; necesită încontinuu control şi tratament neurologic şi psihiatric, despre starea sa se va putea pronunţa doar peste un an – în înţelegere cu Institutul Naţional de Expertiză medicală – Comisia medicală de gradul I – în urma unui nou control medical.

În prezent însă este deja verosimilă că vindecarea sa este îndoielnică şi ameliorarea în mod sigur va dura mai mult de o jumătate de an".

Examinări actuale:

9. Examen clinic la INML în anul 2000:

Dialog foarte dificil deoarece nu cunoaşte limba română.

– uşoară asimetrie facilă cu ştergerea şanţului naso-genian stg.;

– în regiunea anterioară a gâtului paramedian stg. cicatrice roz-sidefie, retractilă cu axul mare longitudinal de 4,5/1,5 cm.

– supraombilical (la cca 10 cm) pe linia mediană cicatrice albicioasă de 0,5/0,5 cm.

10. Copia F.O. nr. ... eliberată de Spitalul Clinic de Psihiatrie.

*A fost internat o săptămână 2000 cu dg. la externare: „**Tulburare organică de personalitate de tip distimo-impulsiv, tulburări cognitive deteriorative medii post TCC**".*

Examenul psihic: „aspect suferind; pare detaşat de condiţiile de examen; nu este interesat în mod deschis să coopereze (deşi este interesul său de a fi expertizat), dar nici nu opune rezistenţă; bine dispus, glumeşte adesea, explică cât de greu îi este să se interneze, acceptă cu greu în final, convins de rudele care îl însoţesc.

Neagă tulburări perceptuale de atenţie şi de memorie. Obiectiv – se concentrează greu, trece uşor de la un subiect la altul, adesea în scopul evitării situaţiilor în care nu cunoaşte răspunsul la întrebări (în calcul mintal – operaţii de scădere şi împărţire – foarte dificile).

De altfel, pacientul declară că a fost şi este un meseriaş foarte bun, numai că acum nu mai este în stare să facă şi calculele necesare pentru realizarea unei lucrări. Orientare temporo-spaţială auto– şi alopsihică corectă, conştienţă lucidă ideaţie coerentă, relativ organizată cu ritm mult încetinit. Idei dominante şi de persecuţie, comportamental legate de psihotraumele suferite. Calcul mintal deficitar pentru numere mai mari, foarte lent. Operaţiile de împărţire foarte dificile. Relativă critică asupra bolii.

Afazie nominală, dislexie, anamnestic afazie mixtă, agrafie, acalculie – recuperate treptat prin tratament logopedic.

Dispoziţie uşor euforică, logoreic, bine dispus; iritabilitate, irascibilitate, excitabilitate, labilitate emoţională, trece uşor de la o dispoziţie la alta. Se consideră distrus din cauza acestui accident. Potenţial hiperagresiv. Altfel râde uşor, face glume, amabil cu personalul. Fără tulburări importante de somn. Distonie neuro-vegetativă. Personalitate modificată organic. Sindrom axial".

Examinare psihologică:

Interviul clinic:

– capacitatea de comunicare verbală: comunicarea se stabileşte fără dificultate; discursul este uşor dezorganizat; fluxul informaţional este continuu, amplu; ritm ideativ accelerat; relatarea se menţine la obiect.

– indice general de eficienţă cognitivă

Exactitate = 0,73 *VR (valoare de referinţă) = 1,00*

Rapiditate = 0.62 *100% lot martor*

Eficienţa cognitivă generală este important diminuată pentru exactitate în condiţiile scăderii severe a rapidităţii.

Investigarea personalității și afectivității relevă prezența tendințelor accentuate depresiv-ipohondrice, emotiv-anxioase, interpretative, instabile și impulsiv-agresiv latente.

– Concluzii:

1. scăderea importantă a capacității de concentrare, a mobilității și a volumului prosexic.

2. scăderea importantă a capacității de memorare, a reproducerii și retenției stimulilor (îndeosebi pe material verbal);

3. eficiența operațional logică a gândirii se plasează la nivel mediu;

4. volumul lexical și informațional corespunde nivelului de pregătire socio-școlară, notându-se elemente de afazie nominală;

Examenul EEG: Traseu EEG medio-voltat; ritm alfa lent, neregulat, iradiat posterior (8-9 c/s – 20-40 μV); bogată activitate lentă în bandă theta difuz repartizată. Hiperventilația nu modifică semnificativ traseul de repaus. Nu se surprind anomalii paroxistice. Ușoare modificări EEG: ritm alfa lent neregulatoccipito-parieto-temporal posterior și ritm theta ascuțit și polimorf cu amplitudine medie – procentual crescut".

11. În decembrie 1999 s-a recomandat internare la Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, al cărei rezultat nu ne-a parvenit nici până în prezent.

DISCUȚII ȘI CONCLUZII:

*Dl. R. S. a suferit în 1998 un accident rutier în urma căruia a prezentat un traumatism craniocerebral cu **contuzie cerebrală de lob frontal stg., edem cerebral, fractură malară cu hemosinus maxilar.** Deși în niciunul din documentele medicale din dosarul cauzei nu sunt descrise aspectele radiologice ale leziunilor cerebrale de pe CT-urile efectuate, prin simptomatologia descrisă și terapia respectivă se poate admite realitatea acestor leziuni inițiale.*

La o lună de la traumatism, prin internarea din martie 1998 se stabilește diagnosticul de sindrom psihoorganic postcontuzional, afecțiune posttraumatică manifestată prin persistența tulburărilor neurologice și instalarea unor tulburări psihice. Acest debut precoce al tulburărilor psihice înlătură diagnosticul de encefalopatie posttraumatică stabilit ulterior. Evoluția lent progresivă dar în sensul ameliorării simptomatologiei neuro-psihice constituie un al element de infirmare a diagnosticului de encefalopatie posttraumatică.

În prezent dl. R. Sandor prezintă dg.: ***Tulburare organică de personalitate de tip distimo-impulsiv, tulburări cognitive deteriorative medii post TCC*** *codificată* ***F07.0*** *conform ICD-10, îndeplinind aproape toate criteriile diagnostice al acestei tulburări:*

a. capacitate constant redusă de a persevera în activități cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp și satisfacții amânate;

b. comportament emoțional alterat, caracterizat prin labilitate emoțională, bună dispoziție superficială și nejustificată – euforie, veselie neadecvată; schimbare rapidă spre iritabilitate sau scurte explozii de mânie și agresiune;

c. dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor fără a lua în considerare consecintele sau convențiile sociale;

d. alterare marcată a debitului și fluidității verbale, ceea ce se traduce prin: circumstanțialitate, hiperimplicare, vâscozitate;

e. comportament sexual alterat).

Aprecierile medico-legale penale și civile trebuie făcute conform legislației românești, astfel:

1 – Numărul de zile de îngrijire medicală pentru leziunile suferite la în decembrie 1998 nu poate fi cuantificat cu exactitate dar se poate estima că a fost de ***cca. 6 luni****, perioadă datorată apariției complicațiilor neuro-psihice pentru care a fost deseori internat și a urmat tratament de reabilitare.*

2 – Prin apariția acestor complicații, între leziunile inițiale și starea actuală există legătură indirectă (secundară) de cauzalitate.

3 – Afecțiunile prezente cu caracter sechelar, prin simptomatologia descrisă în documentele medicale prezentate, constituie o deficiență psihică ușoară, care raportată la profesia de „întreprinzător particular" sau „zidar" (așa cum reiese din unele acte) ***nu constituie afectarea capacității de muncă****, nefiind încadrabil în vreun grad de invaliditate.*

4 – Tulburările psihice actuale nu pot fi considerate ca preexistente traumatismului din 09.02.1998, ele apărând însă pe o structură premorbidă a personalității.

Cazul prezentat este sugestiv pentru analiza legăturii de cauzalitate dintre leziuni și complicațiile survenite, constituind un criteriu major atât la încadrarea penală a faptei, cât și la stabilirea cuantumului despăgubirilor civile adecvate.

CAUZALITATEA ÎN MEDICINA LEGALĂ

Stabilirea legăturii de cauzalitate în medicina legală presupune explicarea corelației dintre traumatism şi prejudiciul fizic sau moarte.

În stabilirea corelațiilor dintre traumatism şi prejudiciul fizic (morfo-funcțional) sau moarte, se vorbeşte în mod curent despre o legătură ***directă necondiționată*** şi despre o legătură ***directă condiționată***, ambele situații fiind raportate la o cauzalitate „primară". De asemenea, se distinge şi o cauzalitate ***denumită indirectă*** sau „secundară", deoarece între cauză şi efect intervine o nouă verigă reprezentată de o complicație legată de traumatismul însuşi, precum şi de particularitățile de evoluție individuală.

1. legătura directă – necondiționata – criterii:

– realitatea traumatismului;

– acest prejudiciu trebuie să reprezinte o eventualitate posibilă a acțiunii traumatice respective, fiind necesar să se precizeze dacă efectul este cu certitudine, posibil, nesigur sau imposibil, rezultatul acțiunii cauzei incriminate;

– traumatismul trebuie să intereseze direct organismul, regiunea anatomică afectată sau dacă efectul apare la distanță de locul exercitării acțiunii traumatice, acest fapt să se poată explica medical;

– întotdeauna prejudiciul respectiv trebuie să se producă ulterior acțiunii traumatizante şi să nu fie vorba de un prejudiciu preexistent;

– să existe, pe lângă concordanța de sediu, o continuitate în timp a evoluției, în sensul unei înlănțuiri simptomatologice neîntrerupte, obiectivată morfopatologic şi fiziopatologic.

Ex.: marile sindroame tanatogeneratoare din morțile violente şi neviolente: zdrobirea organelor vitale sau secționarea corpului în regiuni topografice vitale (gât, trunchi etc.); şocul traumatic; sindromul asfixic etc.

2. legătura directă – condiționată când între traumatism şi prejudiciul fizic sau moarte, trebuie demonstrată existența unor factori condiționali favorizanți preexistenți, în sensul factorilor morbizi, endogeni, care participă la determinarea efectelor în dublu sens: fie traumatismul agravează starea morbidă preexistentă, fie că această stare agravează efectele traumatismului. Ca atare, în astfel de

cazuri traumatismul singur nu explică efectele produse.

3. **legături indirecte** (sau secundare) dacă între traumatism și efectele acestuia se interpun toate complicațiile apărute în evoluția traumatismului suferit. Aceste complicații trebuie să fie legate de traumatism și să nu reprezinte afecțiuni care puteau apare independent sau fără legătura cu afecțiunea traumatică. *Ex.: În cauzalitatea indirectă se pot aminti: insuficiența renală acută posttraumatică; sindromul embolic; sindromul septico-toxic posttraumatic etc.*

Vom reține însă termenul de cauzalitate directă, care poate fi ilustrată cu marile sindroame tanatogeneratoare din morțile violente și din morțile neviolente.

4. **cauze concuratoare** – se întâlnesc atunci când efectul posttraumatic este rezultatul cumulului mai multor cauze ce pot determina același efect. De ex. TCC pe fondul unei intoxicații etilice avansate, în situația în care ambele sunt atât de grave încât au potențial tanatogenerator fiecare în parte.

ASPECTE MEDICO-LEGALE PE TIPURI DE INFRACȚIUNI

1. Lovirea și vătămarea corporală

Prevazute în art. 180 – 182 C.P., incriminează producerea cu intenție a unor vătămari ale integrității corporale sau ale sănătății cu leziuni, care, în funcție de gravitatea lor sunt pedepsite de legea penală în funcție de numărul de zile de îngrijire medicală. Pe lângă criteriul „zilelor de îngrijire medicală" în art. 182 (vătămarea corporală gravă) există și criterii suplimentare de încadrare, în situația în care leziunile produse au avut cel puțin una din următoarele consecințe, indiferent de numărul de zile de îngrijire medicală necesar:

• pierderea unui simț sau organ, sau încetarea funcționării acestora,

• o infirmitate permanentă fizică ori psihică,

• sluțirea,

• avortul,

• punerea în primejdie a vieții persoanei,

În mod didactic voi prezenta câteva considerații clasice despre acestea din urmă, fiind cele mai grave situații de vătămare a unei persoane în viață.

Pierderea unui simț sau organ, ori încetarea funcționării acestora

Deoarece majoritatea organelor a căror funcție este compatibilă cu viața sunt duble (ochi, urechi, plămâni, rinichi etc.), pierderea de organ nu este echivalentă cu pierderea unui simț sau a unei funcții. De exemplu, deşi pierderea unui ochi, a unui rinichi, sau a unui testicul constituie pierderea unui organ, scăderea vederii nu constituie pierderea unui simț, a rinichiului, pierderea funcției aparatului urinar sau a unui testicul, a funcției sexuale. Uneori prin pierderea unui organ unic, răsunetul funcțional poate fi practic inexistent (în cazul apendicectomiei) sau poate coexista cu pierderea unei funcții (de ex. histerectomia sau amputația penisului coincide cu pierderea capacității de procreere). Pe de altă parte, pierderea unui simț poate fi independentă de absența anatomică a organului respectiv (de ex. pierderea vederii prin leziuni traumatice ireversibile ale ambilor ochi sau prin modificări neurologice, pierderea simțului olfactiv sau gustativ prin leziuni ale nervilor respectivi), afazia, în leziunile SNC, etc.

Infirmitatea permanentă fizică sau psihică

Infirmitatea este o noțiune care în esență se suprapune aceleia de pierdere a unui organ ori a funcției acestuia. În mod independent de durata îngrijirilor medicale – care poate fi sub 20 zile, mai mică sau mai mare de 60 zile, infirmitatea poate să apară ca o consecință fie a leziunii inițiale, fie a unor complicații legate cauzal direct, condiționat sau indirect de traumatism. Precizarea acestei înlănțuiri cauzale constituie o problema dificilă dar necesară de interpretare. ***Prin infirmitate, în sensul prevederilor legale, se înțelege un prejudiciu cu caracter permanent care poate fi de ordin strict morfologic, morfofuncțional sau numai funcțional.*** Rezultă astfel că infirmitatea se deosebeşte de noțiunea de **invaliditate** care include în mod obligatoriu un deficit funcțional, chiar dacă acesta nu este asociat cu o modificare anatomică. Invaliditatea reprezintă afectarea capacității de muncă, fiind o noțiune de drept civil.

Problema coexistenței sau interdependenței dintre unele afecțiuni patologice sau congenitale cu modificări sechelare posttraumatice constituie de asemenea o posibilitate de eroare ce necesită multă atenție (examinări de specialitate, studierea antecedentelor expertizatului şi formularea unui diagnostic pozitiv şi diferențial cât mai corect).

Aspecte medico-legale privind noțiunea de „sluțire"

Spre deosebire de prevederile mai vechi ale legislației penale în care noțiunea de „desfigurare" era mai limitată, în Codul penal actual se utilizează termenul de „sluțire", având o semnificație mai largă. Sub acest aspect, **prin „sluțire" se întelege o deformare evidentă morfologică sau estetică a unei regiuni anatomice, indiferent de localizarea sa, dar care creează victimei un prejudiciu real fizic sau psihologic.** Astfel, leziunile sechelare cuprinse în aceasta noțiune nu se limitează numai la față, ci la oricare modificare anatomică în care, nu numai prin localizare, dar și prin aspect, întindere și morfologie, se constituie un prejudiciu estetic important, indiferent de regiunea corporală interesată.

În unele situații, noțiunea de „sluțire" se suprapune cu aceea de infirmitate permanentă sau pierderea unui organ (amputații ale unor membre sau părți ale acestora, lipsa unui glob ocular, a pavilionului urechii, cicatrice întinse retractile sau cheloide etc). Ca și noțiunea de infirmitate, sluțirea trebuie să aibă un caracter permanent. În acest sens se impune ca aprecierea finală medico-legală să fie făcuta la un interval mai mare de la producerea traumatismului și după epuizarea tuturor metodelor terapeutice, de chirurgie plastică și reparatorie sau fizioterapie.

Desfigurarea constituie astfel o forma a sluțirii și nu se limitează numai la aspectul morfologic, dar și la cel funcțional, cu repercusiuni asupra mimicii și expresivității (de ex. parezele faciale, lagoftalmia, strabismul, ptozele palpebrale etc.). Prin caracterul reversibil – spontan sau terapeutic – unele modificari nu pot fi încadrabile în noțiunea de sluțire (de ex. smulgerea sau tunderea părului de pe față sau cap, cicatrice care beneficiază de tratament operator, edentații etc). Leziunile feței fiind consecințe frecvente ale traumatismelor mecanice, dar și chimice sau fizice, pentru a putea fi încadrate în noțiunea de sluțire, trebuie să determine o modificare cu caracter permanent (deci neremediabilă prin intervenții de chirurgie estetică) care să producă o deformare vizibila, evidentă, a reliefului feței sau regiunilor învecinate (gât, urechi), cu alterarea sensibilă a aspectului, armoniei, simetriei, sau mobilității acestei regiuni corporale.

Punerea în primejdie a vieții victimei

În conformitate cu prevederile Codului penal, independent de durata îngrijirilor medicale, o leziune (vătămare corporală) poate fi

gravă şi prin „punerea în primejdie" a vieţii victimei. Acest aspect presupune existenţa unei alterări evidente a stării generale a bolnavului cu modificări majore ale SNC, respiraţie sau circulaţie, modificări care să facă posibilă evoluţia gravă cu iminenţă sau prezumţie de deces. În mod curent, noţiunea de **punere în primejdie a vieţii victimei se referă la producerea unor leziuni iniţiale grave, care fără tratament medical de urgenţă ar duce în mod natural la moartea victimei.** Concepţia actuală asupra acestei probleme, concepţie ce tinde să devină unitară, ia în considerare numai pericolul imediat şi nemijlocit de evoluţie spre deces *(hic et nunc)*.

Varietatea mare a reactivităţii organismului uman arata că, în unele cazuri, chiar dacă leziunea este gravă, de obicei mortală, vindecarea se poate produce fără ca nici un moment viaţa victimei să fie pusă în primejdie, în timp ce, în alte cazuri, o leziune relativ uşoară determină, direct sau pe fondul unor afecţiuni preexistente, complicaţii grave care pun în primejdie viaţa sau duc chiar la moartea bolnavului.

Sub acest aspect, al variabilităţii reactivităţii organice şi al unor eventuale afecţiuni preexistente, problema periculozităţii pentru viaţă a unei leziuni este de mai multe ori greu de apreciat, în principiu putându-se face consideraţii teoretice asupra potenţialului tanatogenerator al leziunilor respective, dar cu referire în concret la lipsa efectelor ce ar fi putut conduce la deces sau din contră, la favorizarea instalării acestor efecte datorită afecţiunilor preexistente.

În consecinţă, considerăm deosebit de important în analiza medico-legală psihiatrică a unor astfel de cazuri aspectul că infracţiunile de lovire sau vătămare corporală sunt considerate ca infracţiuni produse cu intenţie, acţiunea penală fiind pusă în mişcare la plângerea prealabilă a victimei, iar împăcarea părţilor înlăturând răspunderea penală. Aceste două condiţii nu sunt valabile pentru vătămarea corporală gravă, prevăzută de art. 182 C.P., când acţiunea penală poate fi pusă în mişcare şi din oficiu, iar împăcarea părţilor nu mai înlătură răspunderea penală.

2. Vătămarea corporală şi uciderea din culpă

Culpa este o forma a vinovăţiei, dar fapta a fost săvârsită fără intenţie. Potrivit art. 19 alin. 1 C.P., vinovăţia există „atunci când fapta care prezintă pericol social este săvârşită cu intenţie sau din culpă."

Potrivit art. 19 pct.2 C.P., o faptă este considerată ca fiind comisă din culpă atunci când făptuitorul prevede rezultatul faptei sale, dar nu-l acceptă, socotind fără temei că el nu se va produce, sau nu prevede rezultatul faptei deşi trebuia şi putea să-l prevadă. Deci, în dreptul penal, culpa se înfăţişează în modalitatea uşurinţei ori în modalitatea neglijenţei.

a) culpa cu prevedere sau uşurinţă .

Există atunci când:

• făptuitorul a prevăzut posibilitatea survenirii unui rezultat periculos ca urmare a activităţii desfăşurate, rezultat pe care nu l-a urmărit şi nici acceptat;

• făptuitorul să fi socotit fără temei că rezultatul nu se va produce.

b) culpa simplă (neglijenţă)

Există atunci când făptuitorul nu a prevăzut rezultatul faptei sale, deşi trebuia şi putea să-l prevadă. Pentru stabilirea vinovăţiei în forma culpei simple, trebuie să se constate existenţa cumulativă a următoarelor condiţii:

• făptuitorul să nu fi prevăzut rezultatul acţiunii sau inacţiunii sale, şi

• făptuitorul să fi avut obligaţia şi posibilitatea de prevedere.

Vătămarea corporală din culpa este prevăzută de art.184 C.P. Acţiunea penală se pune în mişcare la plângerea prealabilă a victimei, iar împăcarea părţilor înlătură răspunderea penală, indiferent de gravitatea leziunilor produse. Ca o particularitate în aceste cazuri este faptul că dacă se produc leziuni a căror gravitate necesită sub 10 zile îngrijire medicală, fapta nu constituie infracţiune.

În art. 178 c.p. se prevăd pedepse pentru uciderea din culpă: „– uciderea din culpă a unei persoane se pedepseşte cu închisoare de la 1 la 5 ani;

• uciderea din culpă ca urmare a nerespectării dispoziţiilor legale ori a măsurilor de prevedere pentru exerciţiul unei profesii sau meserii, ori pentru efectuarea unei anume activităţi se pedepseşte cu închisoare de la 2 la 7 ani".

(Ex.: În continuare se prevăd circumstanţe agravante şi în consecinţă pedepse mai mari pentru „conducătorul unui autovehicul cu tracţiune mecanică având în sânge o îmbibaţie alcoolică ce depăşeşte limita legală, sau care se află în stare de ebrietate", ca şi pentru „orice

altă persoană în exercițiul profesiei sau meseriei și care se află în stare de ebrietate" precum și pentru cazurile în care „prin fapta săvârșită s-a cauzat moartea a două sau mai multe persoane").

Cele mai frecvente cazuri se regăsesc în accidentele rutiere, în accidentele de muncă și în erorile de acordare a asistenței medicale.

3. Tentativa de omor

Așa cum rezultă din prevederile Codului penal, tentativa de omor se pedepsește. Rolul expertizei medico-legale în acest subiect este oarecum limitat, noțiunea de „tentativă de omor" fiind mai mult de ordin juridic, cuprinzând aspecte „extra medicale", cum sunt ***intenția*** și ***premeditarea*** ca elemente ce rezultă din expertiza medico-legală referitoare la regiunea corporala lezată și consecințele imediate ale agresiunii.

Noțiunea de „punere în primejdie a vieții" reprezintă uneori un element ajutător, secundar, care, asociat cu celelalte elemente de ordin juridic, poate constitui un element util în încadrarea penală a faptei ca tentativă de omor, dar nu luată independent și ca unică argumentație a calificării juridice.

Rolul medicului legist în cazurile în care se pune în discuție existența unei tentative de omor se limitează în evidențierea unor anumite aspecte sau împrejurări care, în contextul modalității și condițiilor săvârșirii faptei, pot constitui elemente de probațiune juridică, cum ar fi:

1. regiunea corporală lezată (de ex. neurocraniul, regiunea precordială, abdomenul);
2. aprecierile asupra tipului de obiect vulnerant cu care s-a putut produce leziunile (astfel încât juristul să-și poată da seama dacă obiectul respectiv era pregătit anterior agresiunii și dacă era apt să determine leziuni mortale);
3. intensității traumatismului (felul, profunzimea, întinderea și numărul leziunilor).

Există situații deosebite care, observate și consemnate, pot fi utile rezolvării cauzei. Astfel, existența unor variante anatomice (grosimea excesivă a calotei craniene care opune o rezistență crescută acțiunii traumatice) sau a unei malformații (dextrocardia) constituie factori a căror existență nu putea fi prevazută de agresor și care au împiedicat în mod întâmplător producerea rezultatului urmărit în

cazurile de tentativă de omor. În afara acestor cazuri rare, medicul legist trebuie să sesizeze alte împrejurări care au înlăturat pericolul sau au împiedicat producerea morţii.

Toate aceste consideraţii trebuie însă făcute cu multă prudenţă, deoarece limita dintre obiectivitate şi exagerare este foarte fragilă. În acest sens, noţiunile de „organ vital" sau aprecierile cum ar fi „dacă cuţitul nu s-ar fi oprit într-o coastă sau în stern" ori dacă ar fi fost cu 1-2 cm mai la dreapta sau mai la stânga" ar fi produs moartea le considerăm cu totul neştiinţifice.

Probarea noţiunii juridice de „intenţie" a agresorului de a ucide se materializează în expertiza medico-legală prin precizarea regiunii corporale lezate, intensitatea traumatismului şi felul obiectului folosit. În dovedirea „premeditării", pe lângă alte date rezultate din anchetă, trebuie luată în consideraţie şi activitatea de alegere şi pregătire a obiectului vulnerant. În acest scop, aprecierile medico-legale privind felul instrumentului folosit, examinarea corpului delict, eventual comparativ cu leziunile produse, pot fi de o reală utilitate în încadrarea juridică a faptei.

Apreciem că, sub acest aspect, chiar dacă prin regiunea corporală interesată, intensitatea loviturii şi felul leziunilor acestea pot determina moartea punând în primejdie viaţa victimei, lipsa premeditării este evidentă prin felul obiectului folosit (de ex, pumn, picior, sau un obiect găsit întâmplător la locul faptei de către agresor şi nu anume pregătit cu scopul de a ucide). În acest sens amintim că tentativa de omor poate exista şi în lipsa producerii de leziuni corporale. Toate aceste constatări de ordin medico-legal pot constitui elemente preţioase în calificarea faptei, astfel încât medicul legist are obligaţia de a semnala şi consemna în raport chiar dacă nu fac obiectul unor întrebări formulate de organul judiciar.

Dacă constatările obiective medicale şi aprecierile de ordin strict medico-legal intră în atribuţiile noastre, ele constituind principala probă în justiţie în cazul vătămării corporale şi al tentativei de omor, alte aprecieri ţinând de încadrarea juridică, precizarea intenţiei sau a premeditării etc. nu sunt de competenţa medico-legală, evaluarea în ansamblul cauzei constituind sarcina organelor judiciare.

Aceste consideraţii sunt valabile însă numai în expertiza medico-legală traumatologică. În cadrul expertizei medico-legale psihiatrice toate aceste elemente, pe care le considerăm a nu intra în

atribuțiile medicului legist, devin elemente criteriologice de stabilire a discernamântului și al periculozității sociale. Astfel, alături de constatările medicilor psihiatri, cunoştinţele medicului legist sunt determinante în reconstituirea statusului psihopatologic din momentul comiterii faptei, permiţând comisiei să reconstituie cât mai obiectiv discernământul faţă de fapta comisă.

De asemenea, comisia de expertiză medico-legală psihiatrică poate face considerații privind aspectele psihopatologice legate de voința, capacitatea de a se stăpâni sau despre existența tulburărilor de conştiinţă, care chiar dacă nu se constituie în obiective expertale distincte, poate ajuta organul judiciar să stabilească vinovăţia şi implicit să încadreze cât mai obiectiv fapta comisă.

4. Omorul

Codul penal defineşte în art. 174 C.P. omorul ca „uciderea unei persoane", faptă care „se pedepseţte cu închisoarea de la 10 la 20 ani". Pedepse diferite sunt prevăzute, pentru ***„omorul calificat"*** şi ***„omorul deosebit de grav"***.

Omorul calificat (art. 175 C.P.), care este săvârşit în una din următoarele împrejurări:

a. cu premeditare;

b. din interes material;

c. asupra soţului sau unei rude apropiate;

d. profitând de starea de neputinţă a victimei de a se apăra;

e. prin mijloace care pun în primejdie viaţa mai multor persoane;

f. în legătură cu îndeplinirea îndatoririlor de serviciu sau obligaţii ale victimei;

g. pentru a se sustrage ori pentru a sustrage pe altul de la urmărire sau arestare ori de la executarea unei pedepse;

h. pentru a înlesni sau ascunde săvârşirea altei infractţuni".

Omorul deosebit de grav (art. 176 C.P.) este prevăzut ca fiind „săvârşit în una din următoarele împrejurări:

a. prin cruzimi;

b. asupra a două sau mai multe persoane;

c. de către o persoana care a mai săvârşit un omor;

d. pentru a săvârşi sau a ascunde săvârşirea unei tâlhării sau piraterii;

e. asupra unei femei gravide".

Examenul victimei în cazurile de omor constă în necropsia medico-legală şi în examinările complementare de laborator pe materialul recoltat de la cadavru în condițiile impuse de cauza respectivă.

Examenul autorului sau a presupusului autor al faptei cuprinde:

a. examenul clinic privind diferite afecțiuni patologice, infirmități fizice preexistente, ca şi leziuni traumatice recente;

b. recoltarea de probe de laborator (alcoolemie, alcoolurie, grupa sanguină);

c. examenul psihiatric şi psihologic pentru precizarea unei eventuale boli psihice cu afectarea discernamântului.

Alte constatări de ordin medico-legal şi criminalistic:

– participarea medicului legist la cercetarea locului faptei, ca un consilier al criminalistului în probleme de ordin biologic, are drept scop:

a. un prim examen al victimei cu precizarea realității şi a datei morții, examinarea îmbrăcăminții, descrierea sumară a leziunilor traumatice şi eventual a modului de producere, cum ar fi cele de autoapărare;

b. descrierea obiectului sau a corpurilor delicte cu care se puteau produce leziunile constatate (atunci când acestea se găsesc la locul faptei);

c. descrierea şi recoltarea de produse biologice sau substanțe toxice ce pot fi găsite la locul faptei sau în apropierea acestuia.

– în cazuri deosebite medicul legist este chemat să participe şi să-şi formuleze unele opinii în cadrul reconstituirii condițiilor în care s-a putut săvârşi fapta.

5. Loviturile cauzatoare de moarte

Reprezintă una dintre cele mai „delicate" infracțiuni privind încadrarea juridică, fiind de multe ori la limită cu infracțiunea de omor, iar argumentarea juridică se face de multe ori pe constatările medico-legale.

Principalul criteriu de încadrare a unei fapte ca lovituri cauzatoare de moarte este forma vinovăției determinată de preterintenție.

Preterintenţia sau *intenţia depăşită* este o formă mixtă de vinovăţie care reuneşte în latura subiectivă a aceleiaşi infracţiuni intenţia şi culpa şi care se realizează atunci când făptuitorul, prin săvârşirea faptei, prevede, urmăreşte sau acceptă producerea unui anumit rezultat socialmente periculos, dar, în, realitate, se produce un rezultat mai grav sau un rezultat în plus pe care făptuitorul l-a prevăzut, dar nu l-a acceptat, socotind fără temei că nu se va produce, ori nu l-a prevăzut deşi trebuia şi putea să-l prevadă.

Astfel, art. 183 C.P. dispune că: *„Dacă vreuna din faptele prevăzute în art. 180 – 182 a avut ca urmare moartea victimei, pedeapsa este închisoare de la 5 la 15 ani".*

Cu toate că infracţiunea aduce atingere vieţii persoanei, legiuitorul a inclus-o în categoria infracţiunilor de lovire şi vătămare a integrităţii corporale sau a sănătăţii şi nu în categoria infracţiunilor contra vieţii deoarece în cazul acestei infracţiuni, moartea victimei este rezultatul preterintenţionat al unei fapte de lovire sau vătămare corporală.

Deşi nu intră în atribuţia expertului, cunoaşterea modalităţii de analiză din prisma doctrinei penale a unor astfel de cazuri este extrem de importantă, înlesnind furnizarea elementelor necesare judecăţii penale nu numai din prisma criteriilor medico-legale psihiatrice ci şi din cea a criteriologiei penale. În acest fel se evită furnizarea excesului de informaţii, care ar îngreuna inutil analiza şi folosirea rapoartelor de expertiză de către magistraţi. Aceste elemente juridice constau din:

CONDIŢII PREEXISTENTE ALE INFRACŢIUNII

Obiectul infracţiunii

1. Obiectul juridic generic constă din ansamblul relaţiilor sociale care se constituie şi se desfăşoară în legătură cu apărarea persoanei privită sub totalitatea atributelor sale (viaţa, integritatea corporală, inviolabilitatea sexuală, libertatea, demnitatea).

2. Obiectul juridic special

În ceea ce priveşte acest obiect observăm că întrucât infracţiunea prevăzută în art. 183 C.P. nu este decât o formă agravantă a infracţiunilor prevăzute de art. 180 -182 C.P., acest obiect este apropiat de cel al infracţiunilor menţionate care incriminează atât

faptele de lovire sau alte acte de violență cât și faptele de vătămare a integrității corporale.

Deci obiectul juridic special îl constituie relațiile sociale care se referă la ocrotirea integrității corporale sau sănătății fiecărei persoane împotriva faptelor care aduc atingere securității corporale sau sănătății persoanei.

3.Obiectul material îl reprezintă corpul persoanei privit în integritatea sa psiho-fizică.

Subiecții infracțiunii

1. Subiectul activ al acestei infracțiuni poate fi orice persoană fizică care îndeplinește condițiile de vârstă și responsabilitate prevăzute în art. 99 și 48 C.P.

2. Subiectul pasiv al infracțiunii este persoana în viață împotriva căreia sunt îndreptate acțiunile violente ale făptuitorului, acțiuni de natură să-i provoace moartea.

Participația penală este posibilă. În ceea ce privește coautoratul, acesta există și atunci când inculpații au acționat împreună în așa fel încât activitățile lor s-au completat reciproc și loviturile aplicate de ei au produs laolaltă moartea victimei, chiar dacă aparent rezultatul survenit este urmarea directă a activității desfășurate numai de unii dintre inculpați. Nu există cerințe esențiale cu privire la timpul și locul săvârșirii faptei.

CONȚINUTUL CONSTITUTIV AL INFRACȚIUNII

A. Latura obiectivă

Infracțiunea de lovirii sau vătămare cauzatoare de moarte se realizează sub aspectul laturii obiective, prin acțiuni sau inacțiuni identice cu cele prin care se realizează infracțiunile de loviri sau alte violențe (art. 180 C.P.), de vătămare corporală (art.181 C.P.).

Acțiunea sau inacțiunea trebuie să aibă ca urmare moartea victimei.

Asfel, s-a decis că se încadrează în art. 183 C.P. fapta inculpatului care a îmbrâncit victima cu putere, lovind-o cu capul de un corp dur, din care cauză persoana vătămată a încetat din viață, ori fapta persoanei care îmbrâncind victima aflată pe trotuar cu spatele la partea carosabilă a drumului, a făcut ca acesta să se dezechilibreze și

să cadă sub roțile unui vehicul aflat în mişcare, ceea ce i-a produs moartea.

Totodată, este necesar ca între acțiune sau inacțiune şi rezultatul produs să existe o legătură de cauzalitate.

Această legătură de cauzalitate nu este înlăturată dacă la cauzalitatea făptuitorului se adaugă şi alți factori contributivi, anteriori, concomitenți sau survenți, câtă vreme se stabileşte că fără activitatea făptuitorului, rezultatul nu s-ar fi produs.

Astfel, în practica judiciară s-a decis de exemplu că raportul de cauzalitate există atunci când inculpatul a produs victimei numeroase leziuni care (deşi au avut ca rezultat moartea) nu prezentau gravitate. În acest caz, mijloacele folosite nu erau apte să producă moartea, care s-a datorat unei maladii grave preexistente; un alt exemplu este acela în care inculpatul a îmbrâncit victima iar aceasta căzând şi lovindu-se de un plan dur, a încetat din viață chiar dacă la dezechilibrare ei a contribuit şi starea de ebrietate în care s-a aflat.

Tot în practică s-a aratat că există infracțiune de loviri sau vătămări cauzatoare de moarte atunci când asupra victimei s-au exercitat **violențe psihice**.

PREZENTARE DE CAZ

Prin sentința penală nr. 18 din 20 mai 1975 a Tribunalului județean T. au fost condamnați printre alți inculpații S.O., P.P. şi P.I la 7ani şi 6 luni şi 5 ani închisoare pentru infracțiunea de loviri şî vătămări cauzatoare de moarte prevăzută de art. 183 C.P. cu aplicarea art. 75. alin. a C.P.

În fapt s-au reținut următoarele: " în noaptea de 5-6 august 1973 pe terasa unui restaurant petreceau la o masă cei trei inculpați, iar la altă masă inculpați K.V. şi V.I. care în acel timp îşi satisfăceau servicul militar, ajungând cu toți în stare de ebrietate.

La un moment dat, inculpații s-au luat la ceartă şi aceasta a degenerat într-un scandal de proporții prin care s-a tulburat grav liniştea publică.

Dupa ce inculpații K.V. şi V.I. au fugit, cei trei inculpați, înarmați cu o coadă de mătură şi sticle, s-au îndreptat amenințător spre victimă, care în timpul scandalului intervenise pentru a-l aplana. Ferindu-se din

calea acestora victima s-a retras până la balustrada terasei şi nevând unde să se refugieze, a escaladat-o de la o înălţime de 4 m, însă lovindu-se de trotuar a suferit leziuni grave (contuzie şi dilacerare cerebrală) în urma cărora a încetat din viaţă.

Împotriva acestei sentinţe inculpaţii au declarat recurs, susţinând că în mod greşit au fost condamnaţi pentru infracţiunea de loviri cauzatoare de moarte, deoarece ei nu au exercitat nici o violenţă materială asupra victimei, astfel că între activitatea lor şi moartea acesteia nu există legătură de cauzalitate, decesul datorându-se exclusiv faptului că victima fiind în stare de ebrietate a sărit peste balustradă şi a căzut.

Criticile formulate sunt neîntemeiate.

Din probele administrate în cauză rezultă cu certitudine că după ce scandalul a luat sârşit prin plecarea în fugă a inculpaţilor V.I. şi K.V., ceilalţi trei inculpaţi, unul cu o coadă de mătură, iar ceilalţi doi cu sticle, s-au îndreptat ameninţător spre victima R.I. care intervenise mai înainte pentru a aplana scandalul şi în aceste împrejurări, victima cuprinsă de panică, a încercat să fugă, sărind peste balustrada terasei.

Faptele petrecându-se astfel, inculpaţii sunt vinovaţi, pentru săvârşirea infracţiunii prevăzută de art.183C.P. fiind evident că între activitatea lor şi decesul victimei există legătură de cauzalitate.

Aşa cum în mod corect a motivat şi instanţa de fond, inculpaţii au exercitat asupra victimei acte de violenţă prin mijloace psihice, constrângând-o, prin ameninţări să se refugieze pe terasă şi apoi să sară peste balustradă, singura modalitate de scăpare pentru aceasta şi întrucât elementul material al infracţiuni prevăzută de art.183 C.P. se realizează nu numai prin întrebuinţarea de violenţe materiale ci şi prin violenţe psihice, inculpaţii sunt vinovaţi pentru săvârşirea faptei.

B. **Latura subiectivă**

Infracţiunea de loviri sau vătămări cauzatoare de moartea este o infracţiune preterintenţionată, lovirea sau fapta de vătămare corporală se săvârşeşte cu intenţie, iar urmarea mai gravă produsă (moartea victimei) i se atribuie făptuitorului pe baza culpei.

Deci făptuitorul îşi dă seama şi vrea să lovească victima sau să-i producă o vătămare corporală, dar se produce moartea acesteia,

rezultat pe care fie că l-a prevăzut dar a crezut că nu se va produce, fie că nu l-a prevăzut, deşi putea şi trebuia să-l prevadă.

În literatura de specialitate s-a subliniat că, în cazul infracţiunilor preterintenţionate, urmarea mai gravă se atribuie pe baza culpei dovedite a făptuitorului şi nu pe baza unei prezumţii de culpă, deoarece admiterea unei asemenea prezumţii ar însemna încălcarea principiului potrivit căruia nu există infracţiune şi nici răspundere penală fără vinovăţie. Pe acestă poziţie se situează constant şi instanţele judecătoreşti

Astfel, într-un caz, s-a decis că lovirea victimei– cu consecinţa producerii unui şoc cardiac şi a decesului – constituie infracţiune de loviri sau vătămări cauzatoare de moarte, deoarece fiind de vârstă înaintată – aproape 62 de ani – şi cunoscută de cei din jur – inclusiv de inculpat – ca suferindă, acesta trebuia să prevadă ca prin exercitarea unor acte de violenţă, de intensitatea celor pe care le-a săvârşit, ar putea determina un şoc cardiac sau de altă natură, care să ducă la moartea ei. (Decizia 1420/1967 a Trib. Suprem).

Dacă nu se poate stabili culpa fătuitorului în raport cu moartea victimei, ci numai intenţia acesteia in raport cu lovirea sau fapta de vătămare corporală, răspunderea penală se stabileşte, după caz pentru infracţiunea de lovire sau alte violenţe (art.180 C.P.) sau pentru infractiunea de vătămare corporală (art.181-182 C.P.)

Dacă se stabileşte că făptuitorul este în culpă în ceea ce priveşte moartea victimei, dar că acestă culpă nu se suprapune pe intenţia sa iniţială de a o lovi sau de a-i produce numai o vătămare a integrităţii corporale, fapta constituie infracţiune de ucidere din culpă.

Dacă se stabileşte că făptuitorul a acţionat nu cu intenţia de a lovi sau de a produce numai o vătămare a integrităţii corporale ci cu intenţia de a ucide, fapta constituie infracţiune de omor.

6. Pruncuciderea

Reprezintă o infracţiune „specială" din punct de vedere medico-legal şi juridic, discutabilă prin maniera de probaţiune, care, deşi destul de rară, este una dintre infracţiunile asupra căreia s-a scris foarte multă literatură juridică şi medico-legală. Astfel, pruncuciderea este definită ca fiind, conform art. 177 C.P., *„Uciderea copilului nou-născut, săvârşită imediat după naştere de către mamă, aflată într-o stare de tulburare pricinuită de naştere"*.

Din textul de lege rezulta ca infracțiunea trebuie să cuprindă coexistența următoarelor 5 elemente juridice:

1 – uciderea unui nou-născut – prin ***comisiune*** sau ***omisiune***;

2 – uciderea noului-născut să fie ***imediat după naștere*** – și nu mai târziu – controverse !!!;

3 – uciderea să fie săvârșită de către ***mamă***;

4 – mama să prezinte o ***tulburare*** – evident, psihică;

5 – tulburarea să fie **pricinuită de naștere** (recunoașterea unor stări psihofiziologice anormale determinate de naștere care, fără a provoca tulburări ce ar duce la absența discernământului, sunt capabile să explice conduita patologică a femeii, imediat după naștere).

Existența ultimelor două condiții face diferențierea cu infracțiunea de omor sau cu iresponsabilitatea prevăzută de art. 48 C.P.

În mod indirect se desprinde și o altă condiție, nespecificată în textul legii, și anume aceea că mama naste singură, neasistată. În opinia noastră, aceasta este condiția principală pentru ca infracțiunea să poată fi săvârșită.

Expertiza medico-legală în pruncucidere poate privi:

– examenul cadavrului nou-născutului;

– examenul femeii suspecte de pruncucidere;

– examenul locului unde s-a produs nașterea.

Examenul medico-legal al cadavrului nou-născutului

Examenul medico-legal al nou-născutului trebuie să stabilească următoarele probleme:

1 – starea de nou-născut;

2 – vârsta intrauterină, dacă nu s-a născut la termen;

3 – viabilitatea nou-născutului;

4 – dovezi de instalare a vieții intrauterine;

5 – durata vieții extrauterine;

6 – dacă s-au acordat îngrijirile necesare imediat după naștere;

7 – cauza morții nou-născutului.

Starea de nou-născut

În acest sens se impune cercetarea particularităților morfologice caracteristice nou-născutului la termen și anume:

• lungimea: 49-51 cm pentru sexul F și 50-54 cm pentru sexul B;

• greutatea: 2900-3200 g pentru F și 3000-3500 g pentru B;

• cordonul ombilical măsoară la naștere 50-60 cm, este turgescent și lucios;

• urme de sânge şi cazeum pe piele;

• craniul este relativ mare, cu perimetrul de 35-35 cm;

• toracele are forma de trunchi de con cu baza mare în jos şi măsoară 31 cm pe perimetru;

• abdomenul este mare, cu perimetrul 32-34cm;

• placenta cântăreşte 500-600 g;

• părul de pe cap măsoara 1-3 cm;

• unghiile la mâini depăşesc pulpa degetului;

• testiculele sunt coborâte în scrot;

• labiile mari acoperă pe cele mici;

• în intestinul terminal se găseşte meconiu.

Vârsta intrauterină

a) în funcţie de lungimea fătului:

• când lungimea fătului < 25 cm, din cifra lungimii se extrage rădăcina pătrată şi se obţine vârsta în luni lunare (luna lunară are 4 săptămâni sau 28 zile, faţă de luna calendaristică care variază între 30-31 zile). Gestaţia durează 10 luni lunare sau 9 luni calendaristice;

• când lungimea fătului > 25 cm, cifra lungimii se împarte la 5 şi se obţine vârsta tot în luni lunare.

b) după apariţia punctelor de osificare ale unor oase (zone lenticulare, roşii-cenuşii, de 2.5 mm diametru pe fondul alb-sidefiu al cartilajului, care rezistă la putrefacţie avansată. (calcaneu = luna VI, femur – nucleu Beclard = luna IX)

c) Numărătoarea alveolară radială [Radial alveolar count (RAC) = parametru al maturităţii plămânului fetal]

Pe preparatele histologice din plamânul fetal (fixare în formol 4%, includere în parafină, se caută o bronhiolă parţial tapetată de epiteliu din centrul căreia se trage o linie dreaptă care să cadă perpendicular pe cel mai apropiat sept conjuntiv: numărul de alveole intersectate de această linie se notează; se fac cel puţin 10 astfel de determinări pentru fiecare plămân în parte şi se face media = RAC: RAC < 2 = făt < 18 săptămâni; RAC > 3 = făt < 30 săptămâni; RAC > 4 = făt 30 săptămâni; RAC > 6 = făt la termen.

1.3. Viabilitatea fătului

Apare înaintea maturităţii caracteristice fătului la termen. Prin viabilitate se înţelege capacitatea fătului de a se adapta la condiţiile extrauterine şi posibilitatea de a trăi autonom în noile condiţii de

mediu. Aceasta presupune un anumit grad de dezvoltare a funcţiilor şi o stare de sănătate deplină.

Limita inferioară a viabilităţii în obstetrică a coborât odată cu creşterea posibilităţilor de îngrijire. Se consideră că un făt este viabil numai dacă a depăşit 38 cm lungime şi 1500 g. greutate.

Alături de gradul de dezvoltare a fătului, viabilitatea este condiţionată de malformaţii congenitale incompatibile cu viaţa, afecţiuni pulmonare acute contractate intrauterin sau aspirat amniotic masiv în timpul naşterii (la naşterile neasistate).

Legislaţia penală nu fixează criterii constante minime pentru aprecierea viabilităţii, legate de dezvoltarea corporală sau durata vieţii intrauterine.

Dovezile de instalare a vieţii extrauterine

Dovedirea faptului că fatul s-a născut viu şi a trăit după naştere este elementul cheie în expertiza medico-legală, în lipsa căruia nu există infracţiune (suprimarea vieţii fătului). Criteriul cel mai recunoscut pentru probarea instalării vieţii extrauterine este **apariţia respiraţiei pulmonare**, cu modificările macro şi microscopice caracteristice la acest nivel.

Dacă fătul a respirat, *plămânul este expansionat, umple cavităţile pleurale, pe suprafată are culoarea roz, uşor neregulat cu perle fine egale (= alveolele destinse de aer). La palpare, plămânul este elastic şi prezintă crepitaţii. Pe secţiune se scurge spuma fină rozată. La proba docimaziei hidrostatice pulmonare, fragmentele plutesc. Docimazia histologică pulmonară: alveole destinse, celule alveolare cubice, bronhiole destinse cu epiteliu întins.*

Plămânul nerespirat *apare colabat, nu umple cavităţile pleurale, fiind situat în sinusul costo-vertebral. Pe suprafaţă are culoare roşie-vişinie sau roşie-ciocolatie, consistenţă crescută, crepitaţii absente, aspecte de organ parenchimatos. Pe secţiune, acelaşi aspect uniform, se scurge sânge negricios fără bule de aer. La docimazia pulmo-hidrostatică, fragmentele cad la fundul vasului cu apă. Docimazia histologică pulmonară este obligatorie. Docimazia histologică pulmonară: alveole colabate, celule alveolare plate, bronhiole nedestinse cu epiteliu plicaturat, fibre elastice ondulate.*

1.5. Durata vieţii extrauterine

Este un element important în încadrarea juridică a faptei (pruncuciderea sau omuciderea).

• imediat dupa naştere tegumentele sunt mânjite cu sânge, vernix cazeoza; de culoare roşie.

• cordonul ombilical trece prin diferite etape:

• imediat după naştere este gelatinos şi turgescent;

• după 24 h, apare inelul de demarcaţie (de culoare rosie) la locul de implantare, mumifierea (deshidratarea se observă bine la 3 zile după naştere);

• detaşarea cordonului (bontului) la 5-7 zile, rămânând cicatricea ombilicală;

• bosa serosanguină indică o durată de viaţă de aproximativ 2-3 zile (poate lipsi la imaturi şi naşterile precipitate);

• pătrunderea aerului în stomac şi jejun la 15-20 de minute după expulsie;

• meconiul (conţinut intestinal al nou-născutului) se elimină în 2-3 zile .

1.6. Aprecierea îngrijirilor acordate după naştere

Pentru a supravieţui, nou-născutul, imediat după naştere, are nevoie de îngrijire specială. Dacă naşterea este neasistată, femeia se poate găsi în imposibilitatea de a acorda aceste îngrijiri (omisiune involuntară), sau în mod voit nu a acordat îngrijirile (omisiune voluntară). La necropsie se examinează cu atenţie tegumentele pentru a constata dacă fătul a fost spălat, cordonul ombilical secţionat sau rupt, ligaturat, dacă orificiile şi căile respiratorii au fost dezobturate. Se examinează cu atenţie stomacul. La 12 h de la naştere, fătul este alimentat cu ceai sau, după 24 h, cu lapte. Lipsa alimentelor din stomac, o densitate de peste 1012 a urinei, dovedesc omisiunea mamei de a alimenta copilul.

1.7. Cauza morţii fătului

Moartea fătului se poate instala înainte de naştere, în timpul nasşerii, sau după naştere.

Moartea intrauterină a fătului poate fi determinată de boli ale mamei, fătului, sau ale placentei.

Moartea în timpul naşterii poate fi determinata de cauze ce ţin de patologia obstetricală. Pe lângă aceste cauze patologice, traumatismul obstetrical reprezintă cea mai importantă cauză traumatică (violenţa). Traumatismul obstetrical se întâlneşte cu o frecvenţă mare şi se poate confunda cu leziunile produse prin

pruncucidere. Leziunile pot rezulta în timp ce fătul străbate filiera pelvigenitală sau prin intervenţii obstetricale instrumentale (vidextraţie, versiune internă), manevre de reanimare, autoasistenţă, expulzie precipitată. Leziunile traumatice ale oaselor craniene apar ca fisuri simple de bose, înfundări în special pe parietal şi fracturi liniare. În naşterile patologice se pot întâlni leziuni traumatice şi iî alte segmente ale capului, hemoragii musculare cu ruptură de sterno-cleido-mastoidian, fracturi de claviculă, humerus, femur, decolări, epifizare, luxaţii coxofemurale, luxaţii de coloană, fracturi, în special la C_5-C_6. Traumatismul cranio-cerebral obstetrical are răsunet hemoragic la nivelul suprarenalelor sau al mucoasei gastro-intestinale, ţesutului pulmonar, cu tablou hemoragpar grav, mortal.

Leziunile traumatice de autoasistenţă se găsesc sub formă de escoriaţii localizate la cap, faţă sau gât; echimoze, hematoame, fracturi de mandibulă, plăgi bucale realizate prin tracţiunea fătului cu mâna. Aceste leziuni traumatice de la nivelul gâtului vor fi examinate cu mare atenţie pentru a fi diferenţiate de cele produse prin sugrumare (hemoragii în straturile profunde, alături de semnele de asfixie).

Moartea după naştere poate fi patologică sau violentă. Cauze de moarte patologică frecvent întâlnite: malformaţiile congenitale incompatibile cu viaţa, boala hemolitică a nou-născutului, boli sanguine, sindromul hemoragic al nou-născutului, pneumonia intrauterină, aspiratul masiv amniotic, atelectezia pulmonară primitivă.

Cauze de moarte violentă accidentală a nou-născutului: asfixia, obturarea orificiilor cu lichid amniotic, rupturi viscerale (ficat, rinichi) produse în timpul naşterii cu precădere la prematuri, circulare de cordon.

Moartea accidentală trebuie diferenţiată de leziunile produse în pruncuciderea activă. Expunerea nou-născutului dezbrăcat la temperaturi de 8-10 grade este fatală, întrucât se ştie că pierderea de căldură la această vârsta decurge foarte rapid (pruncucidere prin omisiune voluntară). Moartea prin frig se dovedeşte greu prin autopsie. Concluziile în astfel de cazuri se fac prin corelarea tuturor circumstanţelor. Omisiunea se poate referi şi la lipsa hranei.

Moartea violentă comisivă se realizează prin diverse metode: asfixia mecanică – cea mai frecventă (sufocarea, obstruarea faringelui, compresia toraco-abdominală, introducerea nou-născutului în spaţiu

lipsit de aer (sac plastic, frigider etc), submersie; lovirea capului cu (sau de) corpuri contondente; leziuni contuzive pe alte segmente ale corpului: fracturi, rupturi de organe, plăgi profunde etc. Plăgile prin instrumente ascuțite se găsesc în special la nivelul gâtului și al capului. Agenții fizici (căldura) și chimici sunt mai rar folosiți în pruncucidere.

2. Examenul mamei

Se face în scopul ***stabilirii semnelor de naştere***, când mama nu este cunoscută şi pentru ***aprecierea tulburărilor pricinuite de naştere.*** Se procedează la un examen clinic general, examen ginecologic, examene de laborator care vor pune în evidență semne de sarcină, de naştere recentă şi perioada în care a avut loc naşterea. Tulburările psihice ale mamei se stabilesc prin examen psihic. Starea de tulburare pricinuită de naştere se poate stabili cu atât mai exact, cu cât acest examen se face mai aproape de momentul naşterii. Comportamentul femeii va putea fi apreciat prin cercetarea cu atenție a antecedentelor patologice, evoluției sarcinii, constituției somato-psihice, condițiilor în care a avut loc naşterea.

Examenul psihic al mamei în pruncucidere a fost pe larg discutat în cursurile anterioare. Reamintesc doar că din punct de vedere medico-legal, obiectivul major al expertizei nu este stabilirea discernământului ci dacă mama s-a aflat într-o tulburare pricinuită de naştere. În situația în care însă, comisia constată absența discernământului, concluziile expertizei se vor baza explicit pe acest aspect, fiind singura situație de referire asupra discernământului (în acest tip de expertiză medico-legală psihiatrică) ce permite stabilirea iresponsabilității în sensul Legii penale.

3. Examenul locului unde s-a produs naşterea

La locul unde s-a petrecut naşterea se găsesc urme ale acesteia: placentă, urme de sânge, amnios, obiecte care au fost utilizate la naştere (rufe, cârpe), necesare identificării. Locul naşterii poate da de asemenea indicii asupra condițiilor în care s-a desfăşurat: locuri izolate, naştere precipitată, hemoragii mari.

4. Violul şi alte infracțiuni sexuale

Este infracțiunea definită de Codul penal în art.197 astfel:

„Actul sexual, de orice natură, cu o persoană de sex diferit sau de acelaşi sex, prin constrângerea acesteia sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-şi exprima voința, se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 10 ani şi interzicerea unor drepturi.

Pedeapsa este închisoarea de la 5 la 18 ani şi interzicerea unor drepturi, dacă:

a) fapta a fost săvârşită de două sau mai multe persoane împreună;

b) victima se află în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau în tratamentul făptuitorului;

b) victima este membru al familiei;

c) s-a cauzat victimei o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății.

Pedeapsa este închisoarea de la 10 la 25 de ani şi interzicerea unor drepturi, dacă victima nu a împlinit vârsta de 15 ani, iar dacă fapta a avut ca urmare moartea sau sinuciderea victimei, pedeapsa este închisoarea de la 15 la 25 de ani şi interzicerea unor drepturi.

Acțiunea penală pentru fapta prevăzută în alin. 1 se pune în mişcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate".

Aşadar, rezultă că pentru expertiza medico-legală sunt de rezolvat trei probleme importante: *probarea raportului sexual* şi *probarea lipsei de consimțământ* a victimei sub o formă oarecare, precum şi *identificarea agresorului*; constrângerea fizică sau imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-şi exprima voința.

1. Probarea raportului sexual se face prin examen clinic şi examene de laborator:

A. Clinic: se face în funcție de prezența sau absența virginității în momentul săvârşirii violului;

– *dacă femeia a fost virgină* – rupturi himeniale;

– *dacă femeia nu a fost virgină*, probarea realității raportului sexual nu se poate face în cadrul expertizei medico-legale decât prin evidențierea prezenței spermei în vagin (cu condiția ca victima să se prezinte la scurt timp spre examinare – max. 24-36h şi să nu-şi fi făcut toaleta).

B. Examene de laborator:

• este necesară datarea raportului sexual:

• sub 24 ore de la actul sexual, spermatozoizii sunt mobili (la nivelul glerei cervicale, mobilitatea se păstreaza 3 zile);

• capete de spermatozoizi pot fi observate până la 120 ore după actul sexual;

• lipsa spermatozoizilor nu implică absența actului sexual (violatorul poate avea azoospermie sau se poate produce liza spermatozoizilor);

• pentru evidențierea spermei, se pot determina:

• fosfataza acidă de origine prostatică

• glicoproteina P30 (specifică pentru sperma umană) – prin reacție imunologică, poate persista în vagin 13-47 ore – LDH-C_4 este strict specifică pentru spermă (se găsește în testicole, spermatozoizi și lichid seminal), apărând la pubertate. Folosindu-se electroforeza convențională LDH-C_4 a putut fi identificată în pete vechi de 4 săptămâni.

• human prostate specific antigen (PSA , este o glicoproteina cu greutate moleculară de 23 kDa) este specific pentru spermă chiar la cei vasectomizați sau azoospermici. Se detectează folosind un ser hiperimun și cu ELISA. Nu dă reacții încrucișate cu saliva, urina, secreția vaginală sau sângele menstrual.

2. **Probarea lipsei de consimțământ a victimei.**

• constrângerea prin violențe fizice se poate realiza în cazul unei disproporții fizice între victimă și agresor sau în cazul unui atac neașteptat din partea agresorului; constrângerea se probează medico-legal prin găsirea urmelor de violență (escoriații, echimoze) care se caută la nivelul fețelor anterioare ale coapselor, pe gât, în jurul gurii, pe membrele superioare, torace (sâni). În legătură cu posibilitatea de săvârșire a violului asupra unei femei adulte, în deplinatatea facultăților sale fizice se considera că ea nu poate fi violată de catre un singur bărbat, fiind capabilă de a se apara și de a opune rezistență, putându-se ajuta și de mișcările bazinului.

• starea de oboseală pronunțată a femeii sau violul săvârșit în grup de mai mulți bărbați pot determina producerea unui raport sexual fără consimțământ.

• violul se mai poate produce de asemenea abuzând de imposibilitatea victimei de a se apăra, de a opune rezistență. Această împrejurare se poate crea când victima este în convalescență dupaăo boală gravă, vârstă înaintată, minore, în cazul paraliziei, surprinderea victimei într-o poziție improprie de a se apăra sau prin producerea unei stări de inconștiență prin tentativă de ștrangulare.

• se poate săvârși violul și în timpul agoniei.

• la persoanele cu retard mental este posibil violul, deoarece discernământul victimei este complet compromis în ceea ce priveşte actul sexual. Şi alte boli psihice cu tulburări de conştiinţă pot permite săvârşirea violului.

• stări de inconştienţă care duc la lipsa consimţământului se mai pot obţine cu ajutorul narcoticelor sau al somniferelor. Somnul hipnotic poate să permită săvârşirea violului, căci victima nu are posibilitatea de a se apăra sau a opune rezistenţă.

• frecvente sint cazurile când violul se poate produce sub influenţa alcoolului, fiind posibil numai atunci când femeia se află într-o stare de beţie profundă, care o lipseşte de posibilitatea de apreciere critică a faptelor şi este incapabilă de a se apăra. Starea de ebrietate uşoară nu alterează posibilitatea de a se apăra, de a opune rezistenţă.

Alte împrejurări care pot duce la comiterea infracţiunii de viol sunt create de influenţele psihice exercitate asupra femeii care işi dă consimţământul în mod silit. În această împrejurare, femeia nu se opune fizic, deoarece este ameninţată sau şantajată. Această categorie de situaţii care pot favoriza săvârşirea unui viol nu intră în competenţa expertului medico-legal; ele trebuie probate de organele judiciare, medicului revenindu-i doar sarcina constatării producerii raportului sexual şi a stabilirii celorlalte date de ordin medical amintite mai sus.

Raportul sexual cu o minoră nu este viol atunci când fapta se săvârşesşe cu consimţământul (chiar viciat) al victimei.

3. Identificarea violatorului – identificare profil ADN din urmele biologice, sau a produsului de concepţie (filiaţie).

5. Aspecte procedurale şi metodologice

1. Actele medico-legale

Ordin pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/C/25 05.2000 al Ministerului Justiţiei şi nr. 255/04.04.2000 al Ministerului Sănătăţii şi Familiei (publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr.459/19.09.2000)

Art. 9 – 1) Actele medico-legale sunt raportul de expertiză, raportul de constatare, certificatul, buletinul de analiză şi avizul.

2) În sensul prezentelor norme:

a) prin *raport de expertiză medico-legală* se înţelege actul întocmit de un expert la solicitarea organului de urmărire penală sau a instanţei de

judecată şi care cuprinde datele privind expertiza efectuată. Expertiza medico-legală se efectuează în situaţiile prevăzute la Art. 116 şi 117 din Codul de procedură penală, precum şi la Art. 201 din Codul de procedură civilă;

b) prin *raport de constatare medico-legală* se înţelege actul întocmit de medicul legist la solicitarea organului de urmărire penală sau a instanţei de judecată şi care cuprinde date privind constatarea efectuată. Constatarea medico-legală se efectuează în situaţiile prevăzute la Art. 112 şi 114 din Codul de procedură penală;

c) prin *certificat medico-legal* se înţelege actul întocmit de medicul legist la cererea persoanelor interesate şi care cuprinde date privind examinarea medico-legală;

d) prin *buletin de analiză* se înţelege actul întocmit de specialiştii instituţiilor de medicină legală sau de persoanele competente din cadrul instituţiilor de medicină legală, la cererea persoanelor interesate, şi care cuprinde date privind examenul complementar;

e) prin *aviz medico-legal* se înţelege actul întocmit de Comisia superioară medico-legală, precum şi de comisiile de avizare şi control al actelor medico-legale, la solicitarea organelor judiciare, prin care se aprobă conţinutul şi concluziile actelor medico-legale şi se recomandă efectuarea unor noi expertize sau se formulează concluzii proprii.

Art. 10 – 1) La întocmirea actelor medico-legale medicul legist sau comisia desemnată are următoarele obligaţii:

a) să ia în considerare certificatele, referatele medicale şi fisele de observaţie clinică emise de unităţi sanitare ale Ministerului Sănătăţii şi Familiei sau acreditate de acesta;

b) să verifice dacă documentele menţionate la lit. a) prezintă următoarele elemente de siguranţă: număr de înregistrare, ştampila unităţii sanitare, semnătura şi parafa medicului, care trebuie să menţioneze specialitatea şi codul medicului, iar în cazul fotocopiilor, menţiunea „conform cu originalul", atestată de medicul responsabil.

2) Medicul legist nu poate lua în considerare informaţii cuprinse în alte tipuri de înscrisuri medicale decât cele prevazute la alin 1), cum ar fi bilete de trimitere, reţete, consulturi înscrise pe reţete, concedii medicale, bilete de externare.

Art. 11 – 1) Raportul de expertiză sau de constatare medico-legală cuprinde antetul, ştampila şi numărul de înregistrare al instituţiei de

medicină legală în care a fost efectuată şi se înregistrează în registrul de evidență.

2) Copiile de pe raportul de expertiză sau de constatare medico-legală se arhivează pe o perioadă nedeterminată.

3) Raportul de expertiză sau de constatare medico-legală, precum şi certificatul medico-legal se semnează de toți cei care au participat la întocmirea lui. Opiniile divergente se consemnează în cuprinsul raportului sau al certificatului medico-legal, separat şi motivat.

4) În cazul în care în evoluția leziunilor menționate la prima expertiză apar date medicale noi, complicații sau sechele, actele medico-legale se pot completa sau modifica numai de către medicul legist care a efectuat prima expertiză.

2. Consimțământul la efectuarea expertizei

Consimțământul în medicina legală evoluează în dualitatea etică-obligație prevăzuta de lege. Cum instituțiile medico-legale sunt în primul rând instituții medicale, iar orice persoană care se adresează unei instituții medicale devine pacient, atunci pacienții care solicită servicii medico-legale au consimțământul prezumat. Dar o altă parte a pacienților instituțiilor medico-legale nu doresc să fie expertizați. Acest aspect se întâlneşte de multe ori în expertizele traumatologice, când în speranşa obşinerii unui anume avantaj, persoana refuză să se prezinte pentru examinare. Astfel apare categoria expertizelor pe acte, ale căror concluzii întotdeauna trebuie formulate sub rezerva examinării persoanei. Cele mai frecvente situații se întâlnesc în accidentele rutiere, în care condiția medicală devine moneda de schimb a despăgubirilor în condiții amiabile. În situația în care împăcarea prevăzută de lege nu se mai produce, apare excesul de solicitare expertală.

În cazul expertizei medico-legale psihiatrice în cauze penale există o serie de infracțiuni în care efectuarea expertizei este o obligație prevazută de lege, pe baza căreia se stabileşte responsabilitatea. În acest context mai este necesar consimțământul învinuitului sau inculpatului? Din punct de vedere etic este necesar consimțământul, dar din punct de vedere juridic este obligatorie efectuarea expertizei. Pacientul poate avea o atitudine de negativism, de neparticipație, care aparent poate îngreuna atât reconstituirea statusului psihopatologic din momentul comiterii faptei, cât şi stabilirea unui diagnostic actual. În realitate, experiența experților şi

observațiile din cursul internării pot oferi suficiente elemente de diagnostic, în cadrul expertizei putându-se face analiza comportamentului persoanei. Studiul dosarului alături de celelalte elemente clinice obținute pot permite reconstituirea şi a statusului psihopatologic din momentul săvârşirii faptei, oferind comisiei suficiente date de evaluare a discernământului şi a periculozității sociale.

Aceste aspecte particulare întâlnite în practica medico-legală psihiatrică nu fac decât să întărească faptul că obligația legală primează asupra dilemei etice, iar în situația în care analiza psihopatologică a cazului se face asupra comportamentului persoanei când a refuzat expertiza, se poate considera ca nu i s-a încălcat acestuia nici dreptul de a-şi da consimțământul.

Subliniem că în ceea ce priveşte consimțământul în cadrul expertizei medico-legale psihiatrice, persoana **poate refuza doar examinarea** din cadrul comisiei, şi nu expertiza propriu-zisă, care este un act de probațiune judiciară dispus în concordanță cu prevedirele legale, de catre un organ judiciar abilitat.

În cazurile civile nu există obligativitatea legală pentru a expertiza o persoană. În majoritatea cazurilor, persoana are interesul de a fi expertizată şi, ca atare, consimțământul este prezumat. Există şi aici situații rare de refuz al expertizei, pe care persoana de obicei le soluționează prin neprezentarea în fața comisiei. În cazul punerii sub interdicție, majoritatea persoanelor sunt participative, chiar şi atunci când se consideră „jignite" de o asemenea măsură încercând să afişeze o condiție medicală mai mult sau mai puțin disimulată. În situațiile în care persoana are manifestări cu grad ridicat de periculozitate socială, se poate apela la internarea nonvoluntară prevăzută de Legea 487 republicată în 2012, urmată de expertizarea persoanei după rezolvarea episodului respectiv.

CONSIMȚĂMÂNTUL conform Drepturilor pacientului

1. Consimțământul scris al pacientului este necesar pentru efectuarea oricărei intervenții medicale.

2. Pacientul are dreptul să refuze sau să întrerupă o intervenție medicală; el trebuie să fie bine informat asupra consecințelor refuzului său.

3. Când pacientul este incapabil să-şi exprime voința într-o intervenție medicală de urgență necesară, consimțământul pacientului

poate fi considerat subînțeles, doar dacă nu rezultă contrariul dintr-o declarație prealabilă a acestuia.

4. O intervenție de urgență se poate practica și când consimțământul reprezentantului legal nu se poate obține în timp util.

5. Când consimțământul unui reprezentant legal al pacientului este necesar, pacientul (minor sau adult) trebuie totuși să fie implicat în luarea deciziei în măsura în care capacitatea sa intelectuală îi permite.

6. Dacă un reprezentant legal refuză să își dea consimțământul, în timp ce medicul consideră o intervenție ca fiind în interesul pacientului, atunci decizia trebuie luată de justiție.

7. În orice situatie în care pacientul nu este capabil să își dea consimțământul și când nu există reprezentanți legali desemnați de pacient în acest scop, vor fi luate măsurile potrivite pe cât posibil în corcondanță cu dorințele presupuse ale pacientului.

8. Consimțământul pacientului este necesar pentru prezervarea și folosirea tuturor substanțelor corpului uman. Consimțământul poate fi considerat subînțeles atunci când substanțele sunt folosite pentru diagnosticarea și tratamentul afecțiunii pacientului.

9. Consimțământul informat al pacientului este necesar pentru implicarea în procesul de învățământ.

10. Consimțământul pacientului este necesar pentru implicarea acestuia în cercetarea științifică. Toate protocoalele de cercetare trebuie să fie conforme principiilor etice; aceste cercetări nu trebuie să fie efectuate pe pacienți care nu sunt capabili să-și exprime voința, decât numai dacă se obține acordul reprezentantului legal și cercetarea este în interesul pacientului. Ca o excepție, o persoană incapacitată poate fi implicată într-o cercetare de tip observațional, care nu este în beneficiul său medical numai dacă acesta nu are nici o obiecție, riscul sau implicațiile negative ale cercetării sunt minime și dacă cercetarea are valoare semnificativă fiind unica metodă disponibilă.

Surse de eroare în expertiza medico-legală

Complexitatea și particularitățile de cercetare impuse de obiectul expertizei, condiționează în cadrul acesteia din urmă posibilitatea unor surse de eroare, mai frecvente decât în celelalte genuri de lucrări medico-legale.

Ne-am propus o sintetizare a principalelor cauze care pot conduce la concluzii superficiale, echivoce sau chiar eronate și care determină nedorit suplimente de expertiză, explicații, noi expertize și avizări solicitate de organele judiciare. Observațiile noastre sunt rezultatul activității de mai mulți ani în comisiile de expertiză, investigărilor clinice și de laborator.

1. O observație cu caracter general se referă în primul rând la **nerespectarea principiilor teoretice și metodologice** de bază de către specialiști în efectuarea unei astfel de lucrări și în al doilea rând, la interpretarea necorespunzătoare, arbitrară, mecanică a reglementărilor procedurale cu privire la acest gen de expertize.

În prima categorie de deficiențe se pot deosebi aspecte particulare, prin exagerări într-un sens sau altul din partea specialiștilor care formează comisia, și anume, fie **tendința de psihiatrizare** a cazului, făcând abstracție de incidența delictuală, fie **tendința de simplificare** în interpretarea medico-legală prin aprecierea discernământului numai în funcție de diagnostic și nu reconsiderând personalitatea infractorului.

Expertiza medico-legală psihiatrică nu se poate efectua independent, numai de către psihiatri sau numai de către legiști, cooperarea între cele două specialități fiind indispensabilă înlăturării elementelor subiective din interpretarea cazului, impunându-se menținerea unui permanent echilibru, ce va rezulta, atât dintr-o bună informare asupra particularităților clinice ale cazului și cunoașterea semiologiei psihiatrice de bază din partea expertului, completată de o documentare suplimentară obligatorie, cât și din cunoașterea principiilor metodologice de bază ale acestei lucrări din partea psihiatrului. Tendința de psihiatrizare provine și din confuzia privind conținutul și finalitatea expertizei, confuzie făcută uneori de către organele judiciare când solicită a se preciza gradul de responsabilitate în funcție de diagnosticul psihiatric sau încadrarea rigidă în limitele responsabilității sau iresponsabilității și numai atât. Această tendință nu corespunde cerințelor complexe de aplicare a normelor judiciare în raport de faptă și făptuitor.

2. Problema esențială pe care o are de rezolvat expertiza este tocmai **precizarea cauzalității** în contextul reconstituirii biografice a personalității delicventului și a circumstanțelor biopsihopatologice în care a avut loc infracțiunea, precum și furnizarea elementelor medicale care pot fi obiectivate științific, elemente necesare justiției în

stabilirea adevărului şi aplicarea normelor penale şi procedurale corespunzătoare, individualizate în funcţie de personalitatea cazului. Or, tocmai aceste particularităţi decurg dintr-o cunoaştere suficientă, integrală a structurii personalităţii.

3. Într-o etapă premergătoare examinării psihiatrice, experţii trebuie să efectueze o informare completă asupra elementelor constitutive ale infracţiunii. Aceasta se referă la:

a) conţinutul actului infracţional;

b) mobilul infracţiunii;

c) circumstanţele în care a fost săvârşită;

d) modul de realizare a actului;

e) modul de comportare după faptă.

Din analiza acestor elemente se pot deduce intenţia, premeditarea, scopul utilitar sau care justifică comportamentul, din care decurge discernământul în momentul realizării actului şi deci, starea de conştiinţă prezentă sau, dimpotrivă, gravitatea neobişnuită, absurditatea, neinteligibilitatea actului, autodenunţarea etc., care pun sub semnul întrebării starea de conştiinţă şi discernământul persoanei examinate. Analiza se face din documentaţia pusă la dispoziţie de organele judiciare (dosar complet) şi se impune să preceadă examinare infractorului, tocmai pentru o orientare prealabilă a specialistului asupra sectoarelor psihopatologice pe care trebuie să le aprofundeze.

În consecinţă, expertul trebuie să urmărească, într-o etapă următoare, o cât mai corectă plasare a personalităţii subiectului în contextul faptelor. Este primul pas pe care-l face expertiza în precizarea cauzalităţii.

4. Dificultăţile care se ivesc în activitatea de expertiza medico-legală provin din:

a) **insuficienţa sau aproximativa reconstituire a momentului faptei,** care se bazează numai pe relatările subiectului examinat, iar acestea nu sunt confruntate cu datele din dosar; analiza unilaterală a legăturii de cauzalitate, pornind sau limitându-se la examinarea infractorului;

b) **considerarea incompletă a celor patru elemente ale cauzalităţii:** victima-agresor-instrument vulnerant – condiţiile locului faptei.

În cazul expertizei medico-legale psihiatrice, ordinea acestora ar fi:

a) infractor

b) obiectul infracțiunii

c) metoda folosită

d) circumstanțele biopsihopatologice.

Între metodele de reconstituire a circumstanțelor biopsihopatologice ale victimei (anamnestică clinică, paraclinică, psihologică), medicina legală, în virtutea preocupărilor ei largi, poate folosi metoda criminalistică.

5. Stabilirea mecanică a discernământului, unde, de asemenea, s-au acceptat arbitrar trei categorii (prezent, diminuat, absent), în funcție de un diagnostic psihiatric, poate conduce la interpretări eronate. Noțiunea de psihoză nu echivalează cu absența discernământului. Faza evolutivă a bolii poate conferi grade variabile ale acestuia, până la integritatea capacității critice de apreciere asupra conținutului și consecințelor faptelor la un moment dat. Dizarmonia personalității și nedezvoltarea personalității nu echivalează cu discernământul diminuat, după cum normalitatea psihică nu implică și anumite circumstanțe, psihologice sau biologice, integritatea acestei capacități.

Organele judiciare pot beneficia mai mult dintr-o discuție documentată a cazului și care, în funcție de conturarea personalității subiectului expertizat, să explice cu argumentarea științifică corespunzătoare modul de afirmare social-negativă a acestuia, condițiile și circumstanțele manifestărilor. Discuția va constitui o balanță în care, într-o parte vor fi elementele care pledează pentru păstrarea discernământului, iar în cealaltă, cele pentru alterarea lui. Dar cum aceste elemente pot varia la infinit, în funcție de varietatea situațiilor, de factorii endo– și exogeni, nu numai de la un individ la altul, ci chiar la același individ, balanța nu înseamnă un cântar gradat din care rezultă precis proporția de discernământ.

În consecință, putem sintetiza câteva aspecte vizând sursele de eroare în asistența medicală dependente de activitatea de expertiză medico-legal psihiatrică:

1. Expertiza medico-legală psihiatrică are, în toate cazurile, sensibilitate înaltă, respectiv capacitate de identificare, în aprecierea nuanțată a capacității psihice, a discernământului și a periculozității sociale (aspect aplicativ) precum și valoare predictivă foarte bună (aspect teoretic);

2. Ierarhizarea activității pe comisii limitează erorile;

3. În asamblu a scăzut ponderea erorilor; se menţin, în mai puţine cazuri totuşi, aceleaşi caracteristici ale erorilor vizând: diagnosticul, aprecierea capacităţii psihice, corelarea deficitară a diagnosticului cu datele probatorii cu repercusiuni asupra aprecierii cauzalităţii şi a necesităţii instituirii măsurilor de siguranţă medicală;

Surse de eroare:

1. Organizatorice, vizând mai ales deficienţe în colaborarea inter-disciplinară şi interdepartamentală;

2. Metodologice, mai ales prin imposibilitatea de a consulta dosarul cauzei şi a nerespectării competenţelor, mai ales de către medici;

3. Medicale, vizând mai ales anamneza superficială sau neadecvată, superficialitatea în recomandarea investigaţiilor sau imposibilitatea de a le efectua pe cele mai costisitoare.

Factori implicaţi:

1. *Obiectivi:* absenţa unei pregătiri specializate în medicina-legală psihiatrică a medicilor şi deficit de pregătire medico-legală a specialiştilor din instituţiile care dispun expertize, neacordarea prevederilor legale şi a diferitelor norme de aplicare a acestora, ce implică dispensarizare obligatorie, cu realitatea dinamicii sociale şi a psihopatologiei; cele mai frecvente confuzii vizează definirea şi teoria următoarelor categorii teoretice: capacitate psihică, discernământ, capacitate psihică de exerciţiu, manifestare cu liberă voinţă, discernământ scăzut, responsabilitate penală etc., precum şi categoria specialiştilor abilitaţi legal de a se pronunţa asupra acestora;

2. *Subiectivi:* rutina şi deficitul de informare, mai ales în ceea ce priveşte instrumentele internaţionale vizând particularităţile activităţii medico-legale psihiatrice.

Atribuţiile membrilor comisiilor de expertiză medico-legală psihiatrică

Având în vedere scopul şi consecinţele de ordin juridic ale expertizei medico-legale psihiatrice, efectuarea acesteia în comisie rezidă din necesitatea obiectivităţii expertului, care, în cadrul acestui tip de comisie, derivă din compensarea spiritului critic mai accentuat al medicului legist cu indulgenţa psihiatrului din prisma formaţiei sale de terapeut. Din această perspectivă, deşi obligatorie, obiectivitatea

expertului rămâne un deziderat, fiind influențat nu numai de complexitatea faptului medical în sine, cât și de experiența proprie de viață a experților și mai ales de experiența dobândită în acest tip de activitate. Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică nu reprezintă doar o triadă de specialiști prevăzută de lege, ci este o echipă ai cărei membrii au cunoștințe complementare, atitudine unitară, simț clinic și analitic, intuiție reciprocă, capacitate rapidă de decizie și, nu în ultimul rând, ținută morală înaltă. Dacă o parte dintre aceste cerințe derivă din structura individuală, cunoștințele și experiența personală a fiecărui membru al comisiei, spiritul de echipă se dobândește în timp. O comisie de expertiză medico-legală psihiatrică devine eficientă științific în ani, fiind detrimentală schimbarea componenței comisiei, dacă nu există o motivație justificată în acest sens. Acesta a fost și raționamentul pentru care în legea referitoare la organizarea și funcționarea instituțiilor de medicină legală alcătuirea comisiilor de expertiză medico-legală psihiatrică se stabilește prin decizie scrisă a conducătorului instituției medico-legale.

Medicul legist reprezintă instituția medico-legală căreia organul judiciar îi dispune efectuarea expertizei, medicina legală fiind interfața dintre psihopatologie și justiție:

• asigură cadrul organizatoric de desfășurare;

• urmărește respectarea metodologiei;

• asigură relațiile interinstituționale – solicită organului judiciar care a solicitat expertiza materialul necesar efectuării acesteia; informează organul judiciar periodic despre stadiul lucrării; asigură corespondența cu alte instituții medicale implicate;

• atunci când comisia consideră necesară internarea redactează și semneaza biletul de internare al pacientului;

• este garantul aplicării principiilor de etică expertală și medicală;

• asigura studiul dosarului *anterior examinării persoanei* în comisie privind:

• deslușirea situației juridice;

• împrejurările comiterii faptei în sensul analizei:

• comportamentului antefaptic;

• modului de comitere a faptei;

• comportamentului postfaptic.

Medicii psihiatri

• efectuează examinarea psihiatrică în conformitate cu standardele clinice uzuale;

• orientează asupra modului de interviu ce urmează a fi aplicat;

• solicită investigațiile necesare pe care le analizează contextual, respectiv:

– examen psihologic;
– investigații imagistice;
– investigații electrofiziologice;
– analize de laborator;
– alte examene de specialitate (neurologice, endocrine, etc.);

• stabilește diagnosticul actual (la data examinării) în conformitate cu ICD în vigoare (ICD-10);

• stabilește statusul psihiatric reconstituit pentru momentul săvârșirii faptei;

• analiza riscurilor – periculozitate socială – necesitatea aplicării măsurilor de siguranță;

• recomandări medico-criminologice;

• redactează raportul de expertiză în situația în care este angajatul instituției medico-legale;

• acolo unde este posibil, asigură observația clinică în condiții de internare.

Atribuții comune

• stabilirea celui care redactează raportul de expertiză;

• stabilirea necesității obținerii de informații medicale complexe prin observație clinică în condiții de internare;

• analiza înscrisurilor în perspectiva identificării elementelor necesare reconstituirii comportamentului perifaptic;

• discuția cazului:

• în sensul explicitării raționamentului prin care se ajunge la concluziile expertizei, semnificația și utilitatea în analiza psihopatologică a materialului probator pus la dispoziție sau obținut prin investigații și alte examinări medicale;

• alte considerații procedurale sau etice;

• stabilirea concluziilor privind capacitatea psihică, discernământul/competența psihică, necesitatea aplicării măsurilor de siguranță cu caracter medical prevăzute de codul penal.

Considerații comune:

• indiferent de responsabilitățile individuale, implicit nu numai a aceluia care redactează raportul, responsabilitatea juridică a membrilor comisiei este individuală. Prin semnarea raportului de către toți membri comisiei, acesta capăta forța juridica de probă, supusă tuturor prevederilor legale în acest sens;

• în mod formal, Legea prevede posibilitatea ca orice membru al comisiei de expertiză să poată face opinie separată (C.p.p.).

Psihologul:

• să fie de formație psiholog clinician;

• efectuează investigațiile solicitate de către comisie;

• poate face orice alte investigații pe care le consideră utile cauzei;

• are acces deplin la toată documentația cazului;

• poate asista, fiind chiar recomandat, la lucrările comisiei în calitate de observator în scopul urmăririi discursului şi a expresiei non-verbale a pacientului anterior examinarii psihologice;

• întocmeste protocolul de examinare psihologică.

Atribuții specifice altor tipuri de expertize medico-legale

Medicul psihiatru în alte tipuri de expertiză medico-legală (traumatologie, expertiza capacității de muncă etc.)

• efectuează examenul psihiatric standard la solicitarea medicului legist, examinarea fiind examen medical complementar;

• recomandă internarea într-o secție de psihiatrie atunci când consideră necesar şi solicită orice altă examinare sau investigație necesară;

• stabileşte legătura de cauzalitate a statusului psihiatric cu traumatismul şi sau trauma psihică;

• asigură discuția cazului din perspectivă victimologică;

• stabileşte măsurile terapeutice pe termen scurt şi mediu şi evaluează prognosticul.

Medicul psihiatru în expertiza medico-legală privind amânarea/întreruperea executării pedepsei

• efectuează examinarea psihiatrică standard de tip transversal, stabilind diagnosticul la momentul examinării conform ICD;

• la necesitate, propune măsuri terapeutice concrete.

Cazul nr. 1

La data de 17.10.1993 pe fondul unei vechi stări conflictuale între inculpată şi fostul său soţ, după un consum de băuturi alcoolice şi o nouă stare conflictuală aceasta l-a lovit pe S.C. cu un cuţit la nivelul coapsei drepte 1/3 medie antero-extern, în timp ce acesta stătea pe pat. Deşi a observat că s-a declanşat o hemoragie masivă inculpata a părăsit camera. A doua zi dimineaţa aceasta a revenit în încăpere constatând că fostul său soţ murise. L-a spălat şi îmbrăcat înlaturând toate urmele de sânge, împrejurare în care fiul acestora a observat leziunea produsă tatălui său dându-şi seama de cele întîmplate.

Concluziile raportului medico-legal de autopsie stabilesc că „moartea a fost violentă datorându-se hemoragiei externe consecutive secţionarii pachetului vascular femural drept. Leziunile au fost produse prin lovire cu un corp tăietor-înţepător cu vîrf ascuţit cu lungimea lamei de cel puţin 7 cm. Sângele victimei conţine 2, 30 g/%o alcool iar urina 3, 30 g/%o alcool".

Inculpata a recunoscut săvârşirea infracţiunii pentru care este trimisă în judecată motivând fapta sa prin consumul excesiv de alcool şi prin faptul că a dorit să determine victima să nu o mai înjure, iar ca să o sperie a lovit-o cu cuţitul. De asemenea aceasta a mai declarat că nu a avut intenţia să-l omoare şi nu şi-a dat seama că lovindu-l în picior urmările pot fi letale.

Pe baza materialului probator s-a apreciat că inculpata a comis infracţiunea de lovire cauzatoare de moarte prevazută de art.183 C.p. infracţiune comisă sub impulsul stării consumului excesiv de alcool şi al stării conflictuale, în sensul că se certa cu victima care a înfuriat-o.

În urma celor constate, prin sentinţa penală nr. 90/1994, pronunţată de T.M.B. inculpata a fost condamnată la 6 ani închisoare cu interzicerea drepturilor prevăzute de art.65 şi 64 lit.a, b, d pe o perioadă de 3 ani.

Discuţii:

Cazul de faţă suscita o serie de discuţii, şi anume privind capacitatea inculpatei de a prevedea sfârşitul letal al victimei. Concepţia greşită prin care se consideră că regiunile craniană, toracică şi

abdominală sunt cele cu „caracter vital" se regăseşte şi în interperetarea acestui caz, deoarece o leziune profundă în oricare parte a corpului poate determina moartea. Deşi iniţial nu a existat intenţia de a ucide, comportamentul ulterior al inculpatei poate ridica suspiciuni în acest sens. În rechizitoriul Parchetului se menţionează „după aceasta (după ce a lovit cu cuţitul – n.n) inculpata a venit în camera copiilor spunându-i fiicei sale, Florentina, că tata are hemoragie, fapt pentru care, împreună au mers şi l-au văzut pe S.C. lungit pe pat, precum şi sânge pe pătură şi pe covor. Apoi inculpata şi fiica au venit în camera lor şi s-au culcat lăsând victima în starea iniţială".

Această acţiune omisivă a fost determinantă în producerea morţii, pentru că dacă s-ar fi acordat îngrijiri medicale de urgenţă viaţa victimei ar fi putut fi salvată. Din punct de vedere al laturii subiective se poate aprecia că inculpata a acţionat cu intenţie indirectă, nu atât în momentul lovirii, cât în cel al abandonării victimei într-o stare precară, care în mod cert, ar fi putut sugera evoluţia spre deces. Acest aspect este susţinut şi de faptul că a doua zi inculpata a încercat să înlature urmele acţiunii sale. De asemenea, după ce a facut toaleta decedatului şi a înlĂturat urmele de sânge (aşternând şi un nou covor) deşi a relatat fapta unei rude (cumnata sa) inculpata nu a sesizat organele de justiţie, ci a chemat medicul de dispensar care a constatat că moartea este de natură violentă sesizând organele de urmărire penală. Deoarece prin expertiza medico-legală psihiatrică nu s-au constatat tulburări psihice de natură a modifica discernământul inculpatei faţă de fapta comisă şi în corelaţie cu aspectele expuse mai înainte apreciem că la încadrarea juridică a acestei fapte s-ar fi impus cu preponderenţă raportarea la infracţiunea de omor prevăzută de art.174 C.p. şi nu la cea de lovituri cauzatoare de moarte.

Cazul 2

În seara zilei de 20 iunie 1994 în jurul orei 21[00] inculpatul, aflându-se sub influenţa băuturilor alcoolice, a observat pe stradă un barbat care a crezut că este o cunoştinţă de-a sa care avea să-i restituie suma de 1000 lei. În aceasta situaţie inculpatul declară că i-a cerut acelui barbat (victima cazului de faţă) restituirea sumei iar acesta s-a ridicat şi a încercat să-l loveasca. Inculpatul s-a ferit lovindu-l apoi pe acel bărbat de 3-4 ori cu pumnul drept în zona feţei, până l-a doborat la pământ. În continuare

inculpatul s-a deplasat la un bar unde a spus unor martori că l-a lovit pe acel bărbat întrucât acesta intenționa să-i scoată un ochi.

Este de menționat faptul că inculpatul, la nivelul ochiului stâng, avea aplicat un bandaj la data comiterii faptei. Apoi, însoțit de cei doi martori, inculpatul a revenit la locul unde se afla victima aplicându-i în continuare trei lovituri cu piciorul drept, dintre care două la nivelul capului și una în torace, după care a părăsit locul faptei.

Din raportul de autopsie medico-legală rezultă că moartea bărbatului neidentificat în acel moment „a fost violentă, ea datorându-se hemoragiei meningo-cerebrale consecința unui traumatism cranio-cerebral. Leziunile au fost produse prin loviri repetate cu corp dur. Decesul a fost favorizat de afecțiunile organice cronice preexistente (steatoză hepatică, scleroză renală, miocardofibroză). Sângele conține 1, 85 g%o alcool".

Tot din raportul de autopsie medico-legal reținem la examenul intern: „duramater: subdural hematom și coaguli pe convexitatea encefalului și bazei, gros de 2 cm".

Din probatoriul administrat în cauză se menționează că „decesul victimei a survenit ca urmare a celor două lovituri aplicate de inculpat cu piciorul drept la nivelul capului victimei".

În drept, faptele inculpatului M.G.de a aplica două lovituri cu piciorul la nivelul craniului părții vătămate, care a avut consecința producerii unui traumatism cranio-cerebral ce a cauzat decesul acesteia, întrunește elementele constitutive ale infracțiunii de lovituri sau vătămari cauzatoare de moarte prevazută și pedepsită de art.183 C.p.

În motivarea hotărârii sub aspectul laturii subiective se reține că inculpatul se afla în stare de ebrietate avansată fiind în eroare cu privire la persoana victimei, nu a acționat cu intenția de a ucide, ci pentru a-i aplica o „corecție", ca urmare a împrejurării că aceasta îi datora o sumă de bani și pentru afirmația că-i va scoate și celălalt ochi, împrejurări care au fost reținute ca circumstanțe atenuante.

Potrivit celor afirmate anterior, instanța de judecată, prin sentința nr. 26/1995 l-a condamnat pe inculpatul M.G. la 2 ani închisoare cu aplicarea art.71-64 C.p.

Discuții:

În urma analizei acestui caz se poate aprecia că sub aspectul laturii subiective, în ceea ce privește intenția afirmațiile din rechizitoriu

sunt valabile numai pentru primul moment al altercației. În ceea ce priveşte cel de-al doilea moment, când inculpatul se reântoarce la locul faptei şi reâncepe să lovească victima sintagma, „fară intenția de a ucide" este discutabilă, cu atât mai mult cu cât leziunile tanatogeneratoare s-au produs în această ultimă circumstanță. Din punct de vedere medico-legal hemoragia subdurală produsă prin lovire cu corp dur (piciorul încălțat) este determinată de o legătură de cauzalitate directă şi neondiționată cu traumatismul suferit. Este posibil totuşi ca afecțiunile preexistente despre care se face referire în raportul de autopsie să fi contribuit la instalarea morții, dar aceasta într-o masură redusă. Determinantă a fost abandonarea victimei în acea stare şi într-o oarecare masură intoxicația etilica avansată în care s-a aflat. Prin gravitatea leziunilor produse se poate aprecia ca decesul s-ar fi putut produce indiferent de coexistența afecțiunilor patologice preexistente în condițiile în care s-a săvârşit fapta incriminată.

Fată de aceste aspecte se poate aprecia că fapta comisa de M.G. ar fi trebuit încadrată ca infracțiune de omor şi nu ca lovituri cauzatoare de moarte.

Cazul 3

La data de 24 mai 1992 ora 11⁰⁰ în contextul unor altercații, victima G.A. este lovită cu pumnii peste fața şi strânsă cu mâna de gât de către inculpatul B.I. După încetarea acestui episod, victima sesizează organele de poliție că a fost agresată, ocazie cu care acestea s-au deplasat la fața locului încheind un proces verbal de contravenție pentru inculpatul B.I.

A doua zi la ora 6⁰⁰ victima este gasită decedată de catre inculpat şi soția acestuia care sesizează organele de urmărire penală.

La autopsia medico-legală s-au constatat o serie de leziuni externe la nivelul feței gâtului, toracelui şi membrelor iar la examenul intern „infiltrat accentuat perilaringian, ruptura cornului superior drept al cartilajului tiroid cu infiltrat sanguin în focar precum şi modificările nespecifice întâlnite în tabloul asfixiilor acute". În concluzii se afirmă că „moartea lui G.A. a fost violentă şi s-a datorat asfixiei mecanice prin sugrumare".

Deoarece pe baza datelor de anchetă a rezultat că între săvârşirea infracțiunii şi deces s-a scurs un interval de 16 ore s-a cerut

completarea raportului de expertiză medico-legală în sensul stabilirii legăturii de cauzalitate dintre leziunile de sugrumare și deces precum și contribuția afecțiunilor patologice preexistente în determinarea decesului. În completare la raportul de expertiză medico-legală se apreciază de acestă dată că moartea lui G.A. (de 75 ani) s-a datorat insuficienței respiratorii survenite în evoluția unei ateroscleroze sistemice cu miocardofibroză și a fost favorizată de leziunile traumatice cervicale.

Comisia de Avizare și Control a Actelor Medico-legalea avizat însă primele concluzii în sensul că este vorba de o moarte violentă consecutivă asfixiei mecanice prin sugrumare indiferent de intervalul liber (16 ore) până la deces. Deoarece s-au constatat aspecte contradictorii s-a solicitat avizul Comisiei Superioare Medico-Legale care a concluzionat că ***„în lipsa altor cauze tanatogeneratoare, moartea numitului G.A. a fost violentă și s-a datorat leziunilor traumatice de la nivelul gâtului produse prin compresie sau lovire, chiar dacă nu imediat după producerea acestora, situație în care sindromul asfixic s-a putut produce prin edem posttraumatic la nivelul laringelui".***

Fapta inculpatului de a-l lovi cu pumnii și palmele pe G.A. producându-i leziunile care au dus la moartea acestuia întrunește elementele constitutive ale infracțiunii de lovituri sau vătămari cauzatoare de moarte prevăzută și pedepsită de art.183 C.p.

Astfel, inculpatul a urmărit să aplice victimei doar o corecție corporală deaorece aceasta a adresat expresii jignitoare la adresa soției și fiicei sale. În cadrul acestei corecții corporale, ale cărei limite au fost mult depășite, inculpatul a lovit victima cu pumnii și palmele în figură, loviturile fiind aplicate după ce l-a prins pe G.A. cu o mână de gât, gest foarte frecvent în cazul unor astfel de altercații fizice. Astfel moartea victimei este rezultatul culpei inculpatului, rezultat pe care nu l-a prevăzut deși putea și trebuia să-l prevadă.

Dualitatea (?!! – n.n.) explicării procesului tanatogenerator care a dus la moartea victimei ridică probleme în privința încadrării juridice: omor sau lovituri cauzatoare de moarte situație în care datele obținute în cursul urmăririi penale sunt determinante.

Astfel, martorii au precizat că inculpatul l-a lovit pe G.A cu pumnii și palmele peste față și l-a strâns cu o mană de gât gest care nu a avut continuitate pentru a fi considerat sugrumare. Un argument în acest

sens îl constituie faptul că „strangularea ca act criminal se întâlneşte în cele mai frecvente împrejurări şi moartea se poate produce rapid chiar înainte de trei minute, prin caracterul brutal şi continuu al actului de violență (Patologia medico-legală`Ed.Didactică şi Pedagogică, Buc. 1983 de Gh. Scripcaru şi M. Terbancea pag. 203) (citat din rechizitoriu)„.

Leziunea tanatogeneratoare o constituie însă edemul pstraumatic produs la nivelul laringelui în urma loviturilor aplicate de inculpat, care nu a urmărit uciderea victimei, rezultat care îi este imputabil doar cu titlu de culpă.

Prin Sentința penală 70/1993 pronunțată de T.M.B. inculpatul B.I. a fost condamnat la 4 ani şi 6 luni închisoare şi interzicerea drepturilor prevăzute de art. 64 lit. a şi b C.p. pe o perioadă de 3 ani de la executarea pedepsei.

Împotriva acestei sentințe inculpatul a declarat apel criticând hotărârea cu privire la cuantumul pedepsei aplicate cuantum pe care l-a considerat majorat în raport de împrejurările de fapt pe fondul cărora s-a desfăşurat agresionarea victimei.

Prin decizia penal 2/A/1993, Curtea de Apel Bucuresti respinge apelul ca nefondat.

Discuții:

Analizând cazul de mai sus leziunile tanatogeneratoare au fost cele de la nivelul gâtului. Astfel, producerea fracturii cartilajului tiroid este aproape întodeauna consecința comprimării gâtului cu mâna, deci sugrumare. Chiar dacă efectul nu a fost imediat ci întârziat datorită unor particularități de reactivitate individuală, acțiunea de sugrumare este evidentă şi nu necesită comentarii suplimentare. Scenariul prin care în cursul unei altercații „victima frecvent este ținută de gât cu o mană şi lovită cu cealaltă" reprezintă un caz particular şi nu un mod obişnuit de acțiune. Întodeauna comprimarea gâtului cu mâna este o acțiune conştientă în care există reflectarea consecințelor acestei fapte şi anume moartea victimei. Ca atare în cazul de față este interpretată excepția ca regulă ceea ce a dus la o încadrare eronată a faptei.

Cazul 4

În ziua de 12.10.1993, în timp ce consuma băuturi alcoolice într-un restaurant din Bucureşti, victima I.F. s-a deplasat la o masă alăturată

unde se afla o femeie, a luat pardesiul acesteia după care a părăsit localul şi s-a deplasat la locuinţa inculpatului S.F.

La insistenţele unor consumatori din restaurant inculpatul S.F. a plecat în căutarea lui I.F. pentru a recupera pardesiul pe care urma să-l restituie persoanei necunoscute. Astfel, inculpatul l-a surprins pe I.F. în locuinţa vecinei sale, moment în care l-a lovit pe acesta de mai multe ori cu pumnii determinând căderea acestuia în holul apartamentului respectiv. După ce a târât victima în afara apartamentului, inculpatul s-a înapoiat la local, unde a restituit pardesiul. Ulterior inculpatul a revenit şi după ce a constatat că victima se afla în acelaşi loc şi în aceaşi poziţie, a chemat salvarea aceştia constatând decesul victimei.

Cu ocazia efectuării autopsiei s-au constatat următoarele semne de violenţă:

– la examenul extern, orbito-palpebral bilateral, numeroase echimoze şi excoriaţii, la nivelul ambelor buze plăgi pleznite pe fond tumefiat iar peribucal inferior o plagă arcuată, transfixiantă, de 4 cm lungime;

– la examenul intern: oasele craniului întregi; căile respiratorii superioare cu mucus lichid şi mici coaguli; pleurele cu sufuziuni subpleurale; cavităţile cordului conţin sânge lichid;

– la examenul toxicologic s-a constatat o alcoolemie de 2, 05 g %o şi o alcoolurie de 2, 30 g/%o.

În urma celor constatate s-a concluzionat că fapta s-a datorat asfixiei mecanice prin aspirat traheo-bronşic de sânge lichid având ca sursă un traumatism facial cu numeroase leziuni tegumentare, în condiţiile unei intoxicaţii etilice acute.

Leziunile de violenţă constatate s-au putut produce prin lovire cu corpuri dure cu suprafaţă neregulată – foarte probabil picior încalţat.

În avizul Comisiei de Avizare şi Control se face precizarea că între loviturile aplicate şi moartea victimei există legatură cauzală directă.

În ceea ce priveşte vinovăţia inculpatului, aceasta apare sub forma tipică a preterintentiei. Din materialul probator rezultă în mod evident că inculpatul a lovit victima cu scopul exclusiv de a-i aplica o corecţie astfel încât rezultatul produs (moartea victimei) îi este imputabil doar cu titlu de culpă.

În consecință, fapta inculpatului S.F. de a lovi de mai multe ori, cu pumnii în figură pe victima I.F. determinând moartea acesteia, întrunește elementele constitutive ale infracțiunii de lovituri sau vătămări cauzatoare de moarte prevăzută și pedepsită de art. 183 C.p.

Astfel, prin sentința penală nr.89/1994 pronunțată de T.M.B. inculpatul S.F. este condamnat la 2 ani și 6 luni închisoare cu aplicarea art. 71 și 64 C.p

Cazul 5

În seara zilei de 13.10.1992, inculpatul C.F. după ce a consumat băuturi alcoolice împreună cu martorul G.M. (fiul victimei N.V.), aceștia s-au deplasat la locuința victimei N.V. cu scopul de a-și cere scuze față de insultele și amenințările adresate acesteia anterior. Ajunși la parterul blocului victimei între G.M. și inculpat a avut loc o altercație pe care două persoane necunoscute au încercat să o aplaneze, deoarece aceștia se loveau reciproc. Urmarea acestui incident G.M. s-a îndepărtat de blocul respectiv, timp î care inculpatul a sunat la locuința victimei fiind primit în casa, unde a avut loc o altercație între acesta și victima N.V.. Necunoscând starea sănătații victimei așa cum rezultă și din declarația lui G.M., care suferea de mai multă vreme de ciroza hepatică și anevrism splenic inculpatul a lovit-o pe aceasta cu pumnii la nivelul toracelui și abdomenului iar cu puțin timp înainte de a părăsi locuința victimei i-a aplicat și o lovitura cu piciorul profitând că era căzută la podea, aceste lovituri ducând la decesul victimei. După acest incident inculpatul C.F. a părăsit locuința victimei îndreptându-se spre casă.

Cu ocazia efectuării autopsiei s-au constatat următoarele semne de violență:

„– excoriații pe piramida nazală și fața dorsală a mâinii drepte,

– infiltrat sanguin la buze pe fond tumefiat,

– echimoză și excoriații care interesează în întregime pavilionul urechii stângi,

– infiltrate sanguine temporal stâng și medio-frontal,

– fisură osul temporal stâng,

– fracturi costale la hemitoracele drept,

– hemoperitoneu masiv– cca 2000 ml sânge,

– anevrism disecant vechi de arteră splenică ruptă (cu puțin timp înainte de moarte)".

În concluziile raportului de autopsie se menționează că „moartea victimei a fost violentă. Ea s-a datorat hemoragiei interne (hemoperitoneu masiv) ca urmare a rupturii arterei splenice la un organism tarat (ciroză hepatică, hipersplenism şi anevrism gigant vechi de arteră splenică). Leziunile care au cauzat moartea s-au putut produce în cadrul unui traumatism toraco-abdominal, posibil prin comprimare, la acest nivel (cu multiple fracturi costale). Celelalte leziuni s-au produs prin lovire cu corp dur (cele de la buză) lovire cu sau de corp dur (urechea stângă, fractură de cutie craniană), precum şi prin zgârieturi".

Față de situația de fapt şi materialul probator fapta inculpatului C.F. întruneşte elementele constitutive ale infracțiunii de lovituri sau vătămări cauzatoare de moarte, prevăzută şi pedepsită de art. 183 C.p.

Ceea ce deosebeşte infracțiunea de lovituri sau vătămări cauzatoare de moarte de infracțiunea de omor săvârşit cu intenție indirectă este împrejurarea că deşi i-a aplicat victimei mai multe lovituri în zona toracelul şi abdomenului, moartea victimei s-a produs din culpă, deoarece făptuitorul nu a cunoscut starea sănătății victimei şi deci neprevăzând rezultatul produs.

Prin sentința penală nr. 6/1994 pronunțată de T.M.B., inculpatul C.F. a fost condamnat la 6 ani închisoare şi interzicerea pe o perioadă de 4 ani a drepturilor prevăzute de art. 64 lit. a şi b C.p .

Împotriva acestei sentințe, inculpatul a declarat apel criticând sentința sub aspectul legalitătii şi temeiniciei sale, deoarece nu s-a reținut starea de provocare, iar pedeapsa aplicată este prea aspră.

Curtea de Apel Bucureşti prin Decizia nr. 94/1994 a respins apelul ca nefondat. Împotriva acestei decizii, inculpatul a declarat recurs susținând că victima i-a adresat insulte şi că sub imperiul provocării i-a aplicat loviturile ce au dus la deces.

Prin Decizia 1846/1994 Curtea Supremă de Justitie respinge recursul ca nefondat, deoarece motivul invocat nu poate constitui provocare în sensul art.73 lit. b C.p.

Cazul 6

La data de 30 aprilie 1993, în jurul prânzului, inculpatul P.E. care era găzduit de victima P.T. aflați sub influența bauturilor alcoolice au declanşat un conflict ca urmare a acuzațiilor formulate de gazdă la

adresa oaspetelui său privind neplata cheltuielilor de întreţinere şi chirie, aceştia lovindu-se reciproc.

Ca urmare a acestei împrejurări inculpatul P.E. l-a lovit cu pumnii de câteva ori peste faţă pe P.T. care s-a dezechilibrat lovindu-se în cădere cu capul de un plan dur sau de un obiect dur.

Victima a suferit leziuni în zona orală (pe feţele vestibulare ale buzelor), unde s-a declanşat o hemoragie externă ce a dus la pierderea cunoştinţei acesteia.

Inculpatul a ridicat victima şi a aşezat-o pe patul din camera respectivă.

Naşii victimei fiind chemaţi de vecini care auziseră scandalul din apartament, găsind victima în stare de inconştienţă au chemat salvarea, victima fiind transportată la Spitalul Clinic Gh. Marinescu unde a fost internată de îndată cu diagnosticul: „Contuzie cerebrală gravă, în observaţie pentru proces expansiv post-traumatic de emisfer stâng G.C.S.= 4 (coma gr.III)".

La examenul local s-a constatat un hematom malar drept, o echimoză orbito-palpebrală dreapta, epistaxis şi o plagă contuză la buza superioară. Cu ocazia intervenţiei chirurgicale, se practică „craniectomie reniformă fronto-temporală stânga. Dura violacee prin transparenţă, se incizează stelat. Se evacuează spontan şi prin aspiraţie un hematom gigant de emisfer gros de cca 4 cm".

Cu toate că i-a fost prescris şi administrat un tratament intensiv, victima P.T. a decedat în spital la data de 1 mai 1993.

Potrivit constatărilor din raportul de autopsie victima a prezentat zone echimotice tumefiate pe faţa vestibulară a fiecărei buze (la nivelul celei inferioare relevându-se şi o plagă pleznită superficială), precum şi o echimoză situată submentonier.

La examenul intern s-au evidenţiat stază şi edem cerebral, contuzie şi dilacerare temporală stângă, hemoragie lepto-meningee, hematom subdural, fibroză bronho-pulmonară, leziuni distrofice hepatice.

În concluziile raportului de autopsie s-a constatat că „moartea victimei P.T. a fost violentă. Ea s-a datorat leziunilor meningo-cerebrale (contuzie cerebrală, hematom subdural, hemoragie meningee) în regiunea temporală stângă.

Aceste lovituri au fost de natură să producă leziuni meningo-cerebrale (chiar în absenţa fracturilor cutiei craniene) printr-un

mecanism dinamic, pe un teren patologic preexistent (distrofie grasă hepatică).

Leziunile de violență descrise la examenul extern, s-au produs prin lovire cu corp dur (posibil lovire cu pumnul, la nivelul buzelor – cădere cu impact occipital)".

Ca urmare a celor constatate inculpatul P.F. a fost învinuit inițial de săvârşirea infracţiuni de omor prevăzută de art. 174 C.p., iar ca urmare a completărilor raportului de autopsie în care s-a concluzionat că celelalte leziuni de violență s-au produs prin lovire cu corp dur, procurorul a dispus prin rezoluţie schimbarea încadrării juridice în infracţiunea de lovituri sau vătămări cauzatoare de moarte prevăzută de art. 183 C.p.

Sub aspectul laturii obiective, inculpatul a aplicat victimei mai multe lovituri cu pumni în zona facială cu intenţia de a-i aplica acesteia o corecţie, producând leziuni externe superficiale. Faţă de rezultatul mai grav survenit, moartea victimei, inculpatul s-a aflat în culpă, deoarece el nu a prevăzut deşi ar fi putut şi ar fi trebuit să prevadă un asemenea rezultat (dezechilibrarea şi căderea victimei, precum şi posibilitatea lovirii acesteia cu capul de un obiect sau de un plan dur, fiind previzibile în condiţiile concrete ale speţei: starea avansată de ebrietate a victimei, vârsta relativ înaintată a acesteia (58 ani), disproporţia de forţe fizice dintre inculpat şi victimă, acesta fiind net favorabilă inculpatului, aglomerarea obiectelor de mobilier).

Prin sentinţa penală nr... inculpatul P.E. a fost condamnat la 6 ani închisoare.

Împotriva acestei sentinţe inculpatul a declarat apel, motivând că nu a dorit să curme viaţa victimei iar incidentul s-a datorat consumului excesiv de băuturi alcoolice, inculpatul şi victima îmbrâncindu-se reciproc, aceasta din urmă dezechilibrându-se şi lovindu-se cu capul de planul dur.

În raport de împrejurările în care a fost comisă fapta s-a solicitat desfiinţarea sentinţei şi reducerea pedepsei aplicate.

Prin decizia penală nr... Curtea de Apel Bucureşti respinge apelul ca nefondat.

DILEME ÎN ACTIVITATEA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Gabriela Costea, Diana Bulgaru-Iliescu

INTRODUCERE

Contrar unor păreri cu valoare aproape cutumială, activitățile de expertiză medicală, indiferent de domeniu, fac parte integrantă (cu particularitățile inerente) din activitatea de asistență medicală.

Expertiza medico-legală psihiatrică, din perspectiva asistenței medicale, se particularizează prin faptul că reprezintă subiect abordat nu numai de către asociațiile profesionale psihiatrice, naționale și internaționale ci și de către organizațiile internaționale.

Astfel ONU recomandă ca modernizarea expertizei medico-legale psihiatrice să vizeze următoarele deziderate: eficiență maximă, cheltuieli minime, tradiție, legislație specifică.

Sensul acestor deziderate atenționează că modernizarea și asigurarea răspunsurilor la noi obiective (relaționate cu noile tendințe privind obiectivele unei expertize medico-legale psihiatrice) nu trebuie să implice cheltuieli majore și schimbări radicale, ci efortul de a asigura logistica necesară (conform binomului relațional cheltuieli minime – eficiență maximă), pornind de la legislația fiecărei țări și de la tradițiile în abordarea problematicii. Cu alte cuvinte, nu se impune preluarea automată a unui model (nu există un model general valabil), ci îmbunătățirea modelelor tradiționale pentru a fi apte de a răspunde dezideratelor moderne. Documentele ONU se referă, în mod deosebit, la combaterea criminalității și diminuarea consecințelor infracțiunilor cu coloratură victimologică.

Consiliul Europei, la colocviul dedicat expertizei medico-legale psihiatrice (1986), a conchis că expertiza medico-legală psihiatrică are un caracter interdisciplinar cu pondere ridicată de contribuție a

domeniului medico-legal, recomandând înființarea de centre de formare interdisciplinară. În partea concluzivă a acestui raport se precizează rolul terapeutic al expertizei medico-legale psihiatrice, statutul acesteia de control social în administrarea justiției și necesitatea unui grad maxim de competență al experților.

PARTICULARITĂȚILE DOMENIULUI EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE

Particularitățile acestui domeniu sunt de tip teoretic și aplicativ.

1. Particularitățile teoretice se datorează unor noțiuni de sine stătătoare care vizează capacitatea psihică, discernământul, competențele specifice, periculozitatea socială cu tratament obligatoriu precum și necesitații de integrare și sintetizare a informațiilor din aproape toate științele antropologice pentru a se realiza o analiză psihopatologică a datelor probatorii, coroborată medical. Practic, expertul în acest domeniu, indiferent de pregătirea de bază, trebuie să cunoască subtilitățile științelor comportamentului. De aceea este important ca expertul să fie informat (sau mai ales să știe cum să se informeze aplicat) în următoarele domenii: domeniile medicinei somatice, psihologie, sociologie, pedagogie, defectologie, antropologie culturală, filozofie, doctrină militară, criminologie, criminalistică, științe juridice, științe naturale. Un alt aspect controversat este de tip formal, adică de denumirea domeniului. Numele de „Forensic Psychiatry" se referă de regulă la psihiatria medico-legală în sens terapeutic și al întocmirii raportului de expertiză. În țările francofone se vorbește despre „psihiatrie legală" și de raport psihiatrico-legal. În țara noastră există, în prezent, o particularitate practică (derivată din atribuțiile, mult mai largi decât în alte țări, a medicinei legale) în sensul că măsurile medicale psihoprofilactice și terapeutice reprezintă apanajul rețelei de psihiatrie iar rapoartele și examinările din cadrul diferitelor tipuri de expertiză aparțin medicinei legale.

În această situație se optează pentru denumirea domeniului „psihiatrie medico-legală" și a rapoartelor de expertiză, ca subdomeniu de raport medico-legal psihiatric. Celelalte examinări psihiatrice efectuate la solicitarea medicilor legiști se numesc „examinări psihiatrice" și sunt cuprinse în rapoartele medico-legale.

De la caz la caz numele psihiatrului este trecut ca autor al examinării sau, dacă a participat la elaborarea concluziilor, ca medic ce își asumă concluziile respectivului raport medic-legal (semnează la finalul raportului, după concluzii).

2. Particularitățile aplicative derivă din particularitățile teoretice generale și de specificul organizatoric și al juristprudenței din fiecare țară. Particularitățile derivate din teoria psihiatriei medico-legale se explică prin faptul că, atât examinarea psihiatrică în context medico-legal, cât și raportul trebuie să conțină pe lângă informațiile privind cursa existențială a examinatului și aprecieri privind raporturile acestuia (ca persoană) cu lumea, statusul psihic atât antefaptic, la momentul comiterii faptei și postfaptic (în majoritatea cazurilor prin reconstituire), cât și la momentul examinării; raportul trebuie să conțină sinteza intențională și sinteza concretă a tuturor faptelor, reducția fenomenologică pentru obținerea valorilor de adevăr, analiza prezenței și coprezenței elementelor posibile sau veridic implicate, cauzalitatea medico-legală.

Particularitățile teoretice și practice impun necesitatea ca expertul/ raportorul să aibă o pregătire complexă, profesional/ științifică – „la zi".

În afara examinărilor psihiatrice, acesta este obligat să studieze și documente nonmedicale – material probatoriu complet. Expertul trebuie să analizeze nu numai factorii contextuali clasici ci și profilul cultural atât al examinatului cât și cel zonal apartenent.

Interferența cu dezideratele judiciare impun respectarea cu strictețe a normelor legale, a metodologiei (ambele specifice fiecărei țări), a deontologiei medicale și a eticii profesionale. Abuzul psihiatric este o abatere foarte gravă dar abuzul în materia psihiatriei medico-legale este de neconceput.

3. Particularități mixte, teoretice și aplicative vizează în primul rând combaterea criminalității, adresându-se în mod deosebit persoanelor care au comis acte antisociale și la care se constată vulnerabilitate ce facilitează recidiva. Acest tip particular de psihoprofilaxie depinde de cadrul legislativ și se realizează în echipă multidisciplinară. Specificitatea psihoprofilaxiei este mai complexă, datorită intervenției legislației prin măsura tratamentului obligatoriu, dispus de către instanță doar în baza unei expertize medico-lagale psihiatrice. Modificarea sau ridicarea măsurilor privind tratamentul

obligatoriu (ambulator sau intraspitalicesc) se poate efectua tot prin hotărârea instanței doar după expertiză medico-legală psihiatrică. Motivația acestei particularități derivă din faptul că în țara noastră tratamentul obligatoriu vizează persoane care au comis acte antisociale, au o suferință psihiatrică și prezintă periculozitate socială. Deși are rol psihoprofilactic (și implicit terapeutic) tratamentul obligatoriu este prevăzut de lege (măsură de siguranță cu caracter medical) dar nu reprezintă o măsură punitivă. Modificarea sau ridicarea acestor măsuri de siguranță cu caracter medical implică expertizare prealabilă și este motivată astfel:

• recomandarea este medicală (și este însușită sau nu de către instanță) și are la bază criterii medicale rezultate din corelarea datelor medicale cu cele nonmedicale;

• recomandarea este o responsabilitate profesională a membrilor comisiei de expertizare;

• la nivelul comisiilor rămân informații care nu sunt detaliate în rapoarte (de regulă fiind menționate prin coduri OMS – capitolul Z);

• odată ce specialiștii în psihiatria medico-legală au recomandat tratament obligatoriu în scopul reducerii periculozității sociale și, eventual, a riscului de reiterare a faptelor, aceeași specialiști pot constata eficiența tratamentului.

Expertiza medico-legală psihiatrică, mai ales în condițiile legale și metodologice din țara noastră, are o sensibilitate înaltă prin capacitatea de identificare în aprecierea capacității psihice a discernământului/ competenței specifice și periculozității sociale. În același timp are și o valoare predictivă foarte mare (în delimitarea riscurilor, a necesității punerii sub interdicție, în cazurile victimologice etc.)

Cauzele acestor erori pot fi clasificate astfel:

Surse de eroare datorate funcționării deficitare a comisiilor:

• organizatorice (colaborare defectuoasă interdisciplinară și interdepartamentală;

• *metodologice (neconsultarea dosarului cauzei, nerespectarea competențelor);*

• medicale (anamneză superficială, examinare superficială, superficialitate în recomandarea și coroborarea investigațiilor, imposibilitatea logistică de a efectua unele investigații);

Surse de eroare datorate implicării unor factori:

• factori obiectivi: deficit de pregătire în domeniu (prin absența sau deficitul de asigurare a condițiilor de pregătire), deficit de înțelegere a unor prevederi legale (mai ales de tip procesual), participarea la acest tip de activitate prin forța împrejurărilor a persoanelor care nu doresc să se implice în psihiatria medico-legală;

• factori subiectivi: rutina și deficitul de informare (prin superficialitate din partea experților);

• factori medicali care derivă din confuzia privind definirea și teoria specifică a unor categorii de termeni (precum și a specialiștilor abilitați prin lege să se pronunțe cu privire la acești termeni): capacitate psihică, discernământ (păstrat, scăzut, abolit), capacitate psihică de exercițiu vs. competență specifică (păstrată – absentă, cu întrebarea „de ce nu și diminuată?"), manifestare cu liberă voință, riscuri, responsabilitate penală etc.

În țara noastră juristprudența prevede că asupra responsabilității penale se pronunță instanța. Expertiza medico-legală psihiatrică oferă criterii medicale de apreciere a existenței sau absenței responsabilității penale, criterii ce sunt analizate de către instanță în contextul celorlalte criterii, derivate din date nonmedicale. În juristprudența românească nu este recunoscut conceptul de responsabilitate atenuată, existând o plajă mare a modulării unei pedepse în funcție de criterii stabilite.

DILEME UNI– ȘI MULTIDIMENSIONALE ÎN PRACTICA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

1. Sursele dilemelor

Sursele dilemelor ce stau în fața unui expert în psihiatria medico-legală psihiatrică, a unui membru al comisiei de expertiză medico-legală provin din particularitățile domeniului (adresabilitate, reconstituire a unui status psihiatric anterior etc.).

În anul 1984, Stone a identificat patru surse ale dilemelor și conflictelor etice ce pot apare în activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică:

• Problema fundamentală a frontierei dintre psihiatrie și drept este dacă psihiatria are ceva de oferit dreptului;

• Suspiciunea ce planează asupra psihiatrilor de a deturna valorile justiției în favoarea celui evaluat;

• Potențialul ca psihiatrul să se abată de la principiile eticii medicale pentru a servi justiției;

• Puterea autorității sistemului legal de a seduce sau abuza psihiatrul până la modalități care înjosesc profesia sa.

Teoretic, prima „sursă„ nu ar trebui să existe deoarece încă din antichitate se lua în considerație „nebunia„ în absolvirea de pedeapsă. Practic, se constată că în prezent, printr-o hiperbolizare a competențelor fiecărui domeniu de activitate, se constată că sunt specialiști (mai ales din domeniul științelor juridice) care consideră că se pot pronunța asupra „discernământului„ etc. În juristprudența românească se consideră că intervenția medicală, prin expertiza medico-legală psihiatrică (care are valoare criteriu) se ajută la stabilirea responsabilității penale/ competenței, a modulării pedepselor, în cauze (de tip victimologic) privind daune morale și materiale etc. Există două spețe în care încadrarea nu se poate face fără expertiză medico-legală psihiatrică (pruncuciderea și interdicția).

Putem clasifica (scolastic, subliniem că temele se pot combina/ întrepătrunde) „dilemele și conflictele etice" (secundare acestor dileme) dileme de sorginte medicală, organizatorică, legală, subiectivă.

2. Dileme de cauze medicale

• Specificul activității de reconstituire a unui status psihiatric anterior. Frecvent nu se poate reconstitui sau există puncte de vedere diferite de unde necesitatea ca, atunci când se impune, fiecare raportor/ examinator să menționeze în baza cărei teorii a optat pentru o soluție sau alta;

• Necesitatea unor cunoștințe temeinice, vaste;

• Cursa evolutivă a pacientului psihiatric;

• Diagnostice controversate (frecvente în psihiatrie);

• Soluția adoptabilă în situația în care doar criteriul „timp„ ne orientează asupra existenței unei boli, în sensul receptat de către populație și/sau specialiștii în alte domenii;

• Limitele evaluării psihiatrice;

• Diagnostic – pe grupă nozologică – vs. simptome/sindroame reconstituite;

• Status psihiatric vs. capacitate psihică;

• Substratul organic vs. capacitatea restantă personală vs. capacitate psihică;

• Ce înseamnă în psihiatria medio-legală „primum non nocere";
• Granița concluzivă dintre psihiatrie și juristprudență;
• Ce înseamnă secretul profesional în psihiatria medico-legală;
• Diferențele culturale și psihiatria;
• Fluctuația semantică în psihiatrie;
• Științele comportamentului etc.;

3. Dileme de cauze organizatorică:

• Expertul în practica de expertiză medico/legală psihiatrică;
• Condiții practice de examinare psihiatrică;
• Condiții reale de investigare – rigorile examinărilor psihiatrico-medico-legale vs. capacitatea logistică a fiecărei țări;
• Teoria psihiatrico-medico-legală vs. expertiza medico-legală;
• Colaborare interdisciplinară și interdepartamentală;
• Formarea de specialiști în domeniu etc.

4. Dileme de cauze legală

• Modificarea rapidă a normativelor legale
• Este necesar ca medicul psihiatru să cunoască toate normele legale tangente la multitudinea de subiecte şi a rapoartelor medico-legale psihiatrice?
• Poate expertul să refuze o examinare psihiatrică?
• Poate un expert în altă disciplină medicală să efectueze o examinare psihiatrică (medicii de familie frecvent).
• Relațiile medicină – justiție etc.

5. Dileme de cauze subiective

• Nivelul de cunoştinţe al tuturor specialiştilor implicaţi;
• Competențele și depășirile de competență;
• „ Îndoiala„ și recunoașterea ei;
• Dificultăți de informare;
• Recuzarea prin recunoașterea deficitului informațional în problemă etc;
• Respectarea dreptului la imagine și necesitatea conținutului complex/complet al raportului de expertiză medico-legală psihiatrică.

Bineînțeles, această schemă nu poate fi completă deoarece viața socială este dinamică. Fiecare caz este o individualitate iar bombardamentul informațional existent face imposibilă autoaprecierea de modelul „eu știu totul... nimic nu mă mai poate surpinde".

Important este ca fiecare expert, indiferent de specialitate, să recunoască cinstit posibilele erori, să fie apt de a ști de unde și cum să

se informeze, să poată identifica o dilemă, o sursă de eroare, un conflict etic şi, mai ales să încerce să rezolve, cu onestitate, problema-consecinţă.

Identificarea celor expuse anterior are la bază concepţia (cu valoare de axiomă) din care rezultă că **expertiza medico-legală psihiatrică trebuie să se desfăşoare ca o adevărată lucrare ştiinţifică ce va pleca de la materialul studiat, formulând ipoteze de lucru, uzând de metode de investigaţii complete în căutarea unui rezultat – consecinţă a unori analize şi discuţii, finalizată prin concluzii cu privire la diagnostic, discernământ, tratament, recuperare. În acelaşi timp expertiza constituie bază informativă pentru cercetare.**

De asemenea, trebuie să se înţeleagă că limitarea/ ingerinţa posibil de a fi interpretată ca o încălcare a drepturilor omului (practic este aparentă) trebuie să fie prevăzută în lege şi să constituie o măsură necesară într-o societate democratică, pentru securitatea naţională, siguranţa publică, bunăstarea economică a ţării, apărarea ordinii, prevenirea criminalităţii, protejarea sănătăţii sau a moralei, protejarea drepturilor şi libertăţilor altora.

MANAGEMENTUL INTEGRAT AL INFORMAȚIILOR CU SEMNIFICAȚIE PSIHOLOGICĂ ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ (PML)

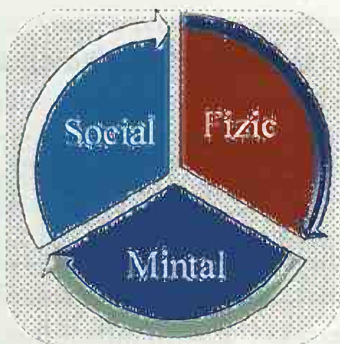
Ion DUVAC

INTRODUCERE

Ce este sănătatea?

Sănătatea = „starea completă de bine din punct de vedere fizic, mintal şi social. Ea nu înseamnă numai absența bolii sau a infirmității" (OMS – 1948).

„Toate cele trei dimensiuni ale sănătății trebuie să fie funcționale împreună și deodată!"



Această descriere are drept scop pe lângă acumularea de informații de specialitate și reflectarea asupra câtorva între-bări esențiale cum ar fi:

Se regăsește această definire în politicile publice din domeniul sănătății?

Cine este integratorul care trebuie să gestioneze starea de sănătate?

Este integrat psihologul clinician în procesul de asigurare a stării de bine?

Mai este valabilă sintagma sănătate = medic?

Procesul de alocare a resurselor financiare acoperă în mod echitabil cele trei dimensiuni?

De ce serviciile psihologice sunt un produs de lux?

Analizând întrebările de mai sus se constată, din păcate, faptul că puţini dintre oamenii societăţii actuale înţeleg ce este sănătatea cu adevărat, dimensiunile sale şi importanţa serviciilor de natură psihologică în interiorul sistemului sănătăţii.

Pornind de la această carenţă a sistemului românesc, consider necesară implementarea şi consolidarea mentalităţii conform căreia **serviciile psihologice SUNT servicii de sănătate.**

Astfel, am gândit următoarele soluţii de optimizare:

• Elaborarea unei noi paradigme în proiectarea politicilor publice din domeniul sănătăţii.

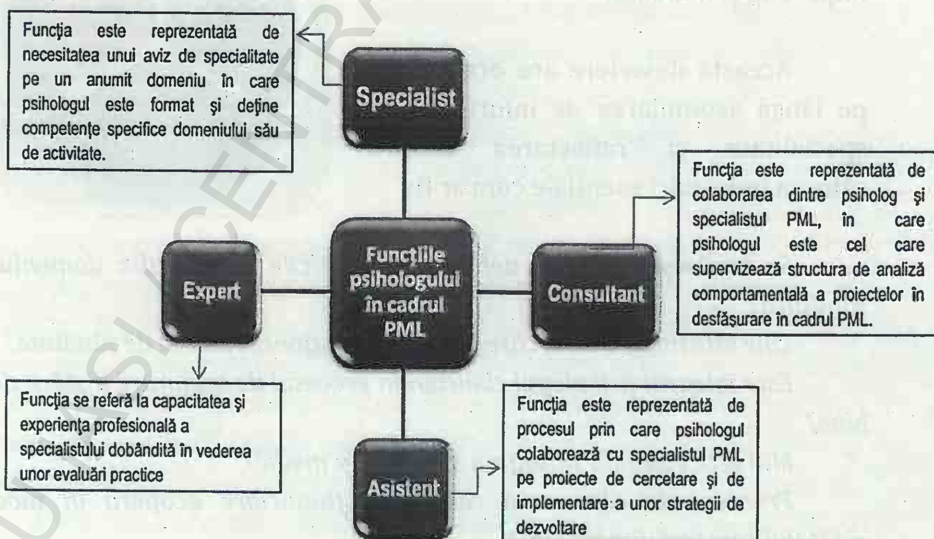
• Implementarea unui management integrat al serviciilor de sănătate.

• Finanţarea directă, corespunzătoare şi echitabilă a tuturor furnizorilor de servicii de sănătate.

• Regândirea rolului psihologului în definirea politicilor publice din domeniul sănătăţii.

• Psihologul – veriga lipsă în procesul de asigurare a sănătăţii pe toate palierele: prevenţie, intervenţie, tratament, recuperare, expertize.

Locul şi rolul psihologului în medicina legală psihiatrică (PML)



Utilizarea clasică a informațiilor cu semnificație psihologică

Omul, prin comportamentul său, prin oamenii aleși să-i fie aproape, prin mediul în care trăiește, ne transmite o multitudine de informații. Ceea ce este cu adevărat important și ceea ce face ca un profiler să se distingă de restul, este capacitatea sa de a integra informațiile cu semnificație psihologică, de a le da un sens, de a le încadra într-un context.

Pentru o mai bună înțelegere a conceptelor și a importanței pe care o are capacitatea de a extrage informațiile cu semnificație psihologică, vom continua cu redefinirea locului și rolului psihologului în PML. Astfel, vom surprinde succint cele mai importante trăsaturi ale psihologului:

Psihologul reprezintă specialistul axat și format în analiza comportamentului uman.

Psihologul – integrator al informațiilor cu semnificație psihologică. Psihologul reprezintă persoana responsabilă de colectarea informațiilor cu semnificație psihologică, de prelucrarea și de integrarea lor într-un produs final a cărei semnificație se concretizează în predicții comportamentale.

Psihologul – specialistul care obiectivează analiza comportamentului uman. Acesta analizează reacțiile individului atât la factorii externi cât și la cei interni, reacțiile reprezentând surse de informare în vederea cunoașterii comportamentului. Psihologul este cel care extrage și culege doar acele informații care constituie date obiective în vederea obiectului cercetat.

După cum am specificat anterior, sursa cea mai bogată de extragere a informațiilor o reprezintă comportamentul uman, prin urmare presupune o **abordare cognitiv-comportamentală.** Aceasta pune accentul pe formularea conceptelor în termeni operaționali și pe validarea empirică a rezultatelor tratamentului. Apărută ca o antiteză față de concepția psihanalitică, această abordare neagă rolul afectului și al inconștientului, acreditând importanța lucidității conștiinței, a judecății și capacității subiectului de a testa realitatea.

Psychological Profiler – reprezintă metoda de investigare prin care se conturează profilul de personalitate al unei persoane. Observația, analiza și abstractizarea sunt operații ale gândirii ce funcționează pe verticala cunoașterii reprezentând instrumentele de bază folosite în diagnosticarea comportamentului uman. Un profiler,

caută să își dezvolte în permanență aceste capacități și să evolueze reușind să pătrundă cât mai profund în ceea ce presupune comportamentul, modul de acțiune și motivul ce a împins la a acționa al factorului uman.

Paradigme

1. Expertiza psihiatrică medico-legală este domeniul interdisciplinar care necesită muncă de echipă. În zilele noastre, științele interdisciplinare sunt de actualitate deoarece în cercetarea științifică nu este suficientă o singură abordare, tabloul fiind mult prea complex pentru o singură viziune. Astfel, se pune foarte mult accentul pe formarea unor echipe de specialiști cu experiențe cât mai variate, având capacitatea de a aduce informații și interpretări diferite, reușind, astfel, să realizeze o abordare cât mai complexă a situației.

2. Psihologul este un analist al comportamentului uman. El reprezintă persoana responsabilă de studierea comportamentului uman, fiind cel care lucrează exclusiv cu personalitatea și cu sistemul psihic uman, cele două reprezentând sursele de informare ale specialistului.

3. Managementul integrat al informațiilor cu semnificație psihologică în fundamentarea deciziilor. Integrarea informațiilor cu semnificație psihologică într-un sistem bine conturat oferă posibilitatea de a lucra cu date obiective specifice obiectului cercetat.

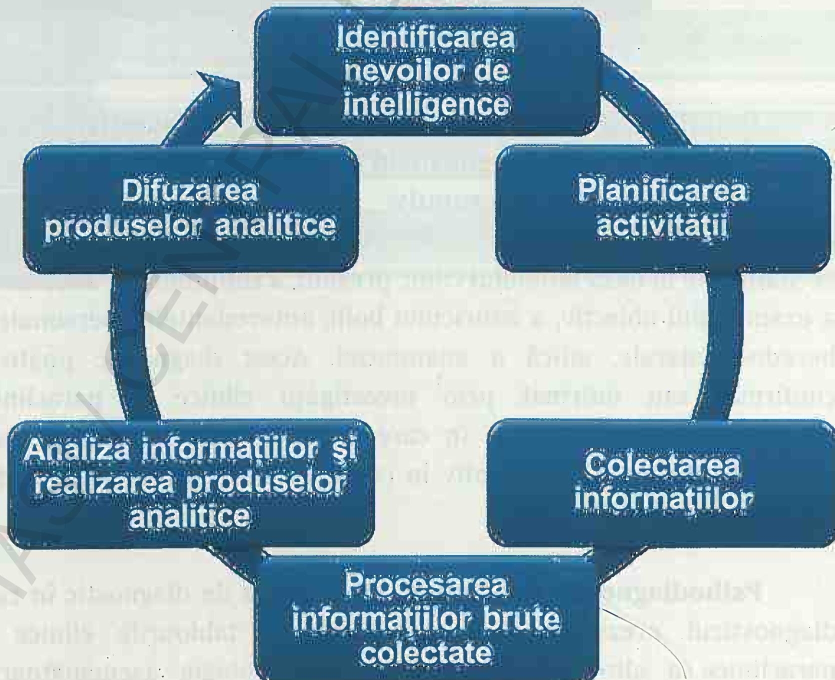
4. Operaționalizare și internalizare a principiilor **„need to know"** și **„need to share"**.

Conceptul **„need to know"**, atunci când este utilizat, în special de către guvern, dar și de alte organizații (cu precădere cele legate de spionaj sau cadrul militar), descrie restricția de date, care este considerat un aspect foarte sensibil. Sub necesitatea de a cunoaște (need-to-know) restricțiile, chiar dacă o persoană are toate aprobările oficiale necesare (cum ar fi un certificat de securitate) pentru a accesa anumite informații, nu ar trebui să aibă acces la astfel de informații, sau să intervină într-o operațiune clandestină, decât dacă cineva are aprobarea specifică „need to know", ceea ce presupune accesul la informațiile trebuie să fie necesar doar pentru îndeplinirea îndatoririlor oficiale ale unor anumite persoane. (Christopher Bolan, 2004).

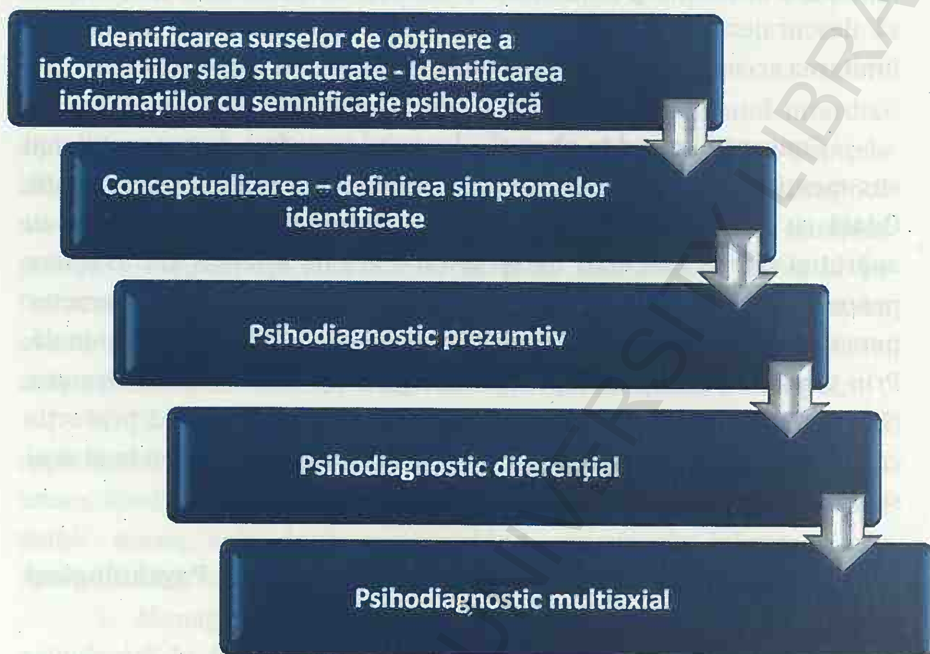
Ca și în cele mai multe mecanisme de securitate, scopul este de a face cât mai dificil accesul neautorizat la anumite informații, fără a incomoda accesul legitim. „Need to know", de asemenea, își propune să descurajeze „navigarea" în cadrul unor materiale sensibile prin limitarea accesului la număr cât mai mic posibil de oameni.

Conceptul **„need to share"** – La polul opus față de conceptul mai sus menționat se află necesitatea de a împărtăși anumite informații. Odată cu creșterea extensivă traficului internațional de călători au apărut și riscuri mai mari de securitate. Era de așteptat și o creștere proporțională în nevoia de a împărtăși anumite date cu caracter personal în scopul aplicării legii și în scopuri de securitate națională. Prin urmare a crescut complexitatea legilor de securitate. Ca urmare, țările au trebuit să ofere o mai mare transparență privind protecția confidențialității pentru fluxuri de date în contextul aplicării legii și al securității. (Mary Ellen Callahan, 2010)

Ciclul procesului de Intelligence Psycholgy in Psychological Profiler



Ciclul managementului integrat al informațiilor cu semnificație psihologică



Definire concepte: Psihodiagnostic prezumtiv, Psihodiagnostic diferențial, Diagnosticul multiaxial

Psihodiagnostic prezumtiv: „Este prima etapă a oricărui diagnostic. Reprezintă suspiciunea existenței unei anumite afecțiuni. Se stabilește în baza tabloului clinic prezent, a simptomelor subiective, a examenului obiectiv, a istoricului bolii, antecedentelor personale și heredo-colaterale, adică a anamnezei. Acest diagnostic poate fi confirmat sau infirmat prin investigații clinice și paraclinice suplimentare. Există cazuri în care după investigații suplimentare diagnosticul rămâne prezumtiv în continuare și/ sau în observație.” (dicționar medical)

Psihodiagnostic diferențial: „Este etapa de diagnostic în care diagnosticul prezumtiv este comparat cu tablourile clinice și paraclinice a altor afecțiuni cu simptomatologie asemănătoare”. (dicționar medical).

Diagnosticul multiaxial: „Un sistem multiaxial implică o evaluare pe mai multe axe, fiecare axă referindu-se la un domeniu diferit de informații care pot ajuta clinicianul în elaborarea planului de tratament și pot prezice deznodământul. Există 5 axe incluse în clasificarea multiaxială DSM IV. Utilizarea acestui sistem facilitează o evaluare cuprinzătoare și sistematică, cu acordarea de atenție diverselor tulburări mentale și condițiile medicale generale, problemelor psihosociale și de mediu și nivelului de funcționare, care pot fi trecute cu vederea dacă atenția este concentrată pe evaluarea unei singure probleme prezentate. Sistemul multiaxial promovează aplicarea modelului biopsihosocial în condiții clinice, educaționale și de cercetare." (DSM- IV, 2000)

Axa I
- Tulburări clinice și alte situații ce pot atrage atenția clinicianului (schizofrenie și alte psihoze, tulburări afective, anxioase, somatoforme, factice, disociative etc.).

Axa II
- Tulburările de personalitate și retardul mintal; conține 3 grupe (clusteri):
  - Clusterul A: personalitatea paranoidă, schizoidă și schizotipală
  - Clusterul B: personalitatea antisocială, borderline, histrionică și naricisistă.
  - Clusterul C: personalitatea evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă.

Axa III
- Condiții medicale generale ce pot fi asociate cu tulburarea psihică (neoplazii, tulburări endocrine, metabolice și imunitare, tulburări respiratorii, cardiace, digestive, ale sistemului nervos, anomalii congenitale etc.).

Axa IV
- Probleme psiho-sociale și de mediu (probleme legate de mediul social, educațional, ocupațional, casnic, economic, juridic etc.).

Axa V
- Evaluarea funcționării globale cu ajutorul scalei GAF (global assessment of functioning).

ANALIZA COMPORTAMENTALĂ

Ion DUVAC

Scurtă privire istorică

De cele mai multe ori organele de urmărire penală se confruntă cu cazuri în care singurele persoane ce pot oferi informații cu privire la anumite fapte penale sunt martorii oculari, care au reușit să își reamintească imaginea agresorului. Acestei metode i se oferă o atenție deosebită, fiind una dintre cele mai vechi modalități de identificare și descoperire a celor urmăriți. În secolul al XVIII-lea era utilizat sistemul buletinelor de urmărire, iar în 1839 Daguerre inventează fotografia, astfel introducându-se albumele fotografice ale infractorilor. Această tehnică a fost aprofundată prin fixarea și descrierea persoanei infractorilor prin intermediul lui Alphonse Bertillon, care este considerat întemeietorul poliției științifice moderne.

„Fundamentul științific al acestei identificări îl constituie individualitatea și relativa stabilitate a caracteristicilor somatice ale fiecărui individ adult. În esență, identificarea se face cu ajutorul unor metode și tehnici specializate, în cadrul unor activități de urmărire penală, desfășurate potrivit unor reguli tactice specifice ascultării martorilor sau victimelor infracțiunii." (Neculau)

Fundamentul științific al identificării după semnalmentele exterioare se bazează pe urmatoarele considerente:

Fiecare individ adult are o structură specifică și caracteristici somatice relativ stabile.

În cadrul procesului de identificare sunt utilizate metode și tehnici de specialitate, în conformitate cu anumite reguli tactice specifice ascultării martorilor sau victimelor infracțiunii

Metode de analiză comportamentală

(1) Metoda portretului vorbit

(2) Analiza formelor statice

(3) Analiza formelor dinamice

(4) Metode tehnice folosite în identificarea persoanei după semnalmentele exterioare

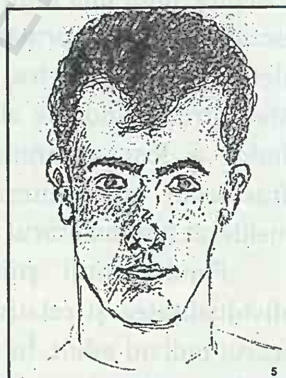
(5) Analiza vorbirii – *Voice Stress Analyzer*

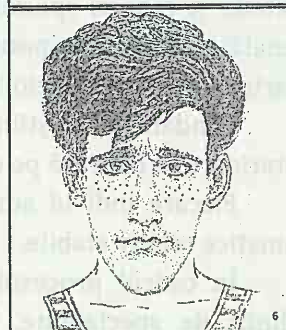
(6) Analiza grafologică

Metoda portretului vorbit

„Identificarea persoanelor prin metoda portretului vorbit se bazează pe principiile identificării criminalistice, care la rândul lor, se sprijină pe teza materialismului didactic, potrivit căreia toate obiectele lumii materiale sunt identice numai cu ele însele, sunt individuale, iar însuşirile acestora nu se repetă." (Engels, 1966)

„Nimic nu variază mai mult de la un individ la altul, decât culorile, formele şi mărimile aparente ale fizionomiei." (Minovici, 1900)





Nu trebuie pierdut din vedere că „omul este într-o continuă şi permanentă transformare, care se manifestă prin schimbarea – în timp şi în intensitate – a trăsăturilor sale specifice". (Dumitru, et all., 1974)

Aşadar, în timp, pot apărea diverse modificări care se produc independent de voinţa persoanei, în special după etapa maturizării, când deja apare stadiul de involuţie. Aceste schimbări privesc în primul rând aspecte precum: forma feţei, a corpului şi a dentiţiei. Însă, există şi acele trăsături care pot fi modificate rapid prin vopsirea părului, portul mustăţii, dezvoltarea musculaturii, operaţii estetice etc. Modificările realizate cu sau fără voinţă individului, precum: intervenţiile chirurgicale, traumatismele corpului, tatuajele etc. devin semne particulare de identificare a persoanei respective.

Un alt predictor îl reprezintă vârsta individului. În funcţie de vârstă, apar modificări la nivelul dimensiunilor anumitor organe sau

părţi ale corpului etc. Aceste modificări fac ca identificarea să fie mai grea, însă chiar şi în acest caz, trăsăturile funcţionale şi cele digitale sunt cele ce pot determina recunoaşterea persoanei.

Criteriile care vor fi urmărite în descrierea semnalmentelor persoanei sunt:

a) În ceea ce priveşte trăsăturile fizice ale individului, vor fi urmărite toate caracteristicile conformaţiei corpului: capul, umerii, mâinile, trunchiul, picioarele şi elementele caracteristice feţei

b) Înfăţişarea persoanei va fi analizată în funcţie de semnalmentele anatomice statice (corp, cap, faţă şi elementele lor componente) şi cele funcţional-dinamice (poziţiile şi mişcările corpului)

c) Semnalmentele pe care le-am specificat anterior, vor fi analizate şi în funcţie de eventualele schimbări ereditare ori rezultate în urma unor fenomene patologice (rănirea, deformarea unor organe ale corpului uman, apariţia unor aluniţe, cicatrici etc.)

d) Observarea şi analiza unui individ, cu scopul reţinerii semnalmentelor specifice se va face în primul rând din faţă (plan frontal) şi profil (plan lateral), iar dacă există posibilitatea, şi din spate.

e) Prin intermediul portretului vorbit, după descrierea caracteristicilor anatomice şi funcţionale, vor fi prezentate, pe cât posibil, îmbrăcămintea şi alte obiecte.

f) De asemenea, tot prin intermediul portretului vorbit, va fi analizată terminologia comună şi unitară care poate duce la evitarea tragerii unor concluzii greşite în cadrul activităţii practice.

g) Trebuie păstrată o succesiune logică în descrierea semnalmentelor, iar aceasta va fi păstrată chiar şi în situaţiile în care nu pot fi observate toate detaliile.

h) În realizarea portretului vorbit al unei persoane, descrierea caracteristicilor se va face în funcţie de mărime, formă, poziţie şi culoare.

În ceea ce priveşte mărimea (cu excepţia înălţimii), nu se va reda o valoare numerică exactă, ci se vor face comparaţii cu alte părţi ale corpului, calificativele de notare fiind: „mic", „mediocru" şi „mare", iar în cazul excepţiilor extreme: „foarte mic" sau „foarte mare".

Forma, se descrie în funcţie de conturul liniar şi va fi încadrată conform unor forme geometrice: oval, rotund, dreptunghi, triunghi, romb.

Poziția unui detaliu al corpului, va fi analizată în funcție de planul orizontal sau cel vertical sau în funcție de zonele învecinate. Notarea acestor caracteristici, se va face utilizând terminologia aferentă: orizontal, vertical sau oblic.

Un alt semnalment important este dat de culoarea specifică unor detalii precum: tenul, părul, ochii etc.

Factorii care influențează reținerea unor trăsături specifice ale persoanelor sunt:

• distanța de la care este privit individul;

• locul şi timpul sunt factori care pot modifica observarea unei persoane (localizarea persoanei, ziua, noaptea, vizibilitate etc.)

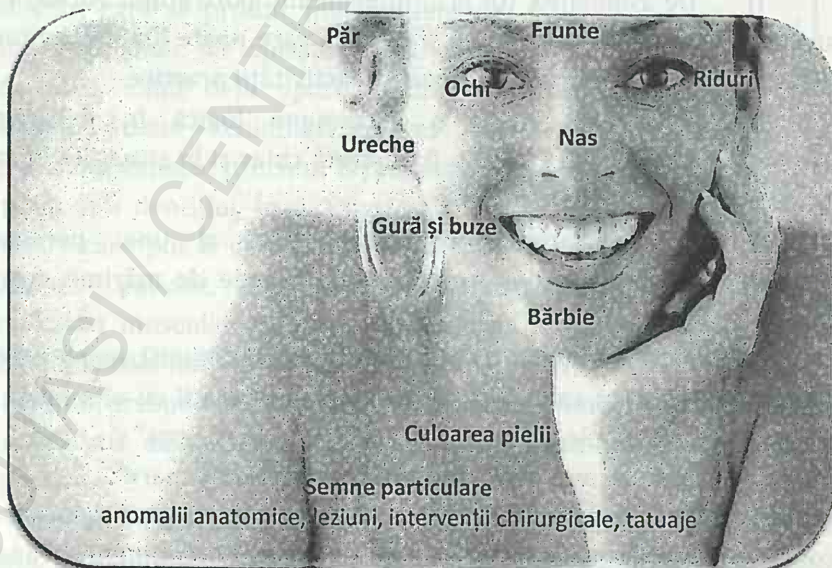
• durata observării;

• poziția corporală a individului observat şi îmbrăcămintea acestuia;

• capacitatea de percepere și apreciere a celui care face observarea.

„Însuşirea temeinică a principiilor portretului vorbit de către lucrătorii organelor de Poliție şi aplicarea lor cu pricepere permit o descriere clară și sistematică a semnalmentelor anatomice și funcționale ale diferitelor persoane." (Matei, 2009)

Analiza formelor statice



În această categorie sunt încadrate sexul şi vârsta persoanei, criterii care sunt extrem de importante în indentificarea indivizilor.

Sexul – „pentru aprecierea acestuia, se pot folosi, în principiu, trei modalităţi: observarea directă a persoanei, verificarea sexului la introducerea în arest, determinarea medico-legală a sexului." (Panghe, 1971, p.21)

Vârsta (etatea) – aceasta nu poate fi exprimată cu exactitate, dat fiind faptul că semnalmentele corporale specifice vârstei sunt influientate de alţi factori cum ar fi: starea generală, felul de alimentaţie, condiţiile de muncă şi de locuit, mediul de viaţă, climă, etc., „Se poate spune că omul nu are vârsta din actele de stare civilă, ci pe aceea determinată de suferinţele şi bucuriile vieţii." (Panghe, 1971, p.21)

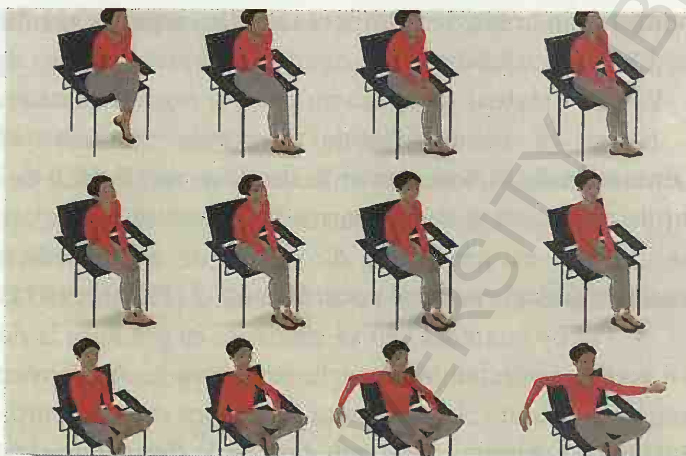
V. Popov enumeră câteva elemente ce pot duce la determinarea valorii medie a vârstei: talia, perimetrul toracic, lungimea trunchiului, diametrele capului, circumferinţa braţelor, circumferinţa coapselor, dimensiunile bazinului (la sexul feminin), dezvoltarea pilozităţii (la nivelul axilei, regiunii genitale, buzei superioare, bărbiei şi obrazului), modificarea elasticităţii pielii (ridurile), modificarea vocii, starea şi modificarea dentiţiei, pigmentarea regiunii perimamelonare (la femei), gradul de pigmentaţie al organelor genitale externe, forţa musculară, dezvoltarea scheletului, dezvoltarea stratului adipos (grăsos).

Elementul cel mai constant este dentiţia, aceasta, prin transformările sale, oferă informaţii importante pentru stabilirea vârstei.

Înălţimea (statura) – atunci când se poate observa persoana în mod direct, aprecierea valorii se va face în centimetri, în urma măsurării acesteia. În caz contrar criteriile utilizate vor fi: foarte mic, mic, mijlociu, înalt, foarte înalt. De asemenea, elemente importante în stabilirea înălţimii sunt şi obiectele adiacente cum ar fi: înălţimea pălăriilor, căciulilor, coafurilor etc, precum şi a tocurilor încălţămintei utilizate. Aceste trebuiesc a fi scăzute aşa încât să se poată evidenţia statura reală a individului.

Constituţia corpului – în funcţie de acest criteriu, persoanele pot fi: slabe, atletice sau grase. Aceşti termeni sunt utilizaţi în funcţie de dezvoltarea scheletului, a musculaturii şi a ţesutului adipos.

Conturul corpului (spinării): este determinat de forma coloanei vertebrale și de postura obișnuită a persoanei: drept, încovoiat, piept proeminent sau cocoșat.



Diferite ipostaze ale limbajului pozitiei corporale
(http://www.oprah.com/spirit/Body-Language-Signs-Body-Language-of-Women)

Umerii se descriu după lățime și înclinație (pot fi: înguști/ mijlocii/ lați sau drepți/ ridicați/coborâți sau asimetrici: un umăr mai ridicat față de altul).

Membrele sunt analizate din punct de vedere al lungimii și grosimii lor, iar la mâini se analizează inclusiv degetele, acestea fiind lungi/ mijlocii/ scurte sau groase/ mijlocii/ subțiri.

„La descrierea membrelor se va acorda o atenție deosebită picioarelor, care pot fi în formă de „X" (medical – *genus valgus*) sau de „O" (medical – *genus vargus*). De asemenea, în raport cu corpul, mâinile pot fi prea lungi sau prea scurte.

În unele anotimpuri (toamna și iarna), trebuie să se țină seama în aprecierea conturului corpului și de îmbrăcămintea pe care o poartă persoana respectivă, deoarece poate masca unele trăsături caracteristice ale corpului." (Matei, 2009).



Utilizarea gesturilor mâinii in interogatoriul politienesc
(http://ifpblogs3g2.files.wordpress.com/2012/03/3.jpg)



Gesturile „inel" şi „ceas de mână"
(http://ifpblogs3g2.files.wordpress.com/2012/03/jewellery.png)

Capul: se caracterizează în funcţie de structură osoasă, figură umană fiind examinata din faţă şi din profil, de la linia de inserţie a părului până la vârful bărbiei (osul montonier).

Figura unei persoane se structurează pe trei părţi:

• zona frontală – cuprinsă între linia de inserţie a părului şi rădăcina nasului;

• zona nazală – cuprinsă între rădăcina nasului şi baza acestuia;

• zona bucală – cuprinsă între baza nasului şi vârful bărbiei.

„Părţile constitutive ale figurii umane (văzută din profil) sunt: inserţia părului, fruntea, arcadele sprâncenelor, rădăcina nasului, vârful nasului, conturul nasului, şanţul naso-labial, buza superioară, buza inferioară, bărbia, baza bărbiei, sprânceană, aripile nasului, capătul extern al sprâncenei, nara." (Matei, 2009)

Fruntea este cuprinsă între linia de inserție a părului și baza arcadelor. Fruntea se observă atât din față cât și din profil, fiind descrisă în funcție de: înălțime, lățime, înclinare, alte particularități.

Nasul este caracterizat ținând cont de următoarele elemente: rădăcina, conturul, vârful, baza, înălțimea, aripa, nara.

Particularități. Nasul poate prezenta o serie de particularități cum sunt: nări depărtate, osul nazal zdrobit, vârful nasului deviat dreapta sau stânga, nas ondulat (neregulat), nas în șa, vârful în formă de sferă, vârful nasului bilobat, vârful nasului turtit, nările lipite, culoarea deosebită a acestuia (roșie, vânătă), etc.

Descrierea zonei bucale: aceasta cuprinde zona de la șanțul subnazal până la bărbie.

Buzele se observă în funcție de grosimea, proeminență și eventualele lor particularități. În funcție de grosimea lor, buzele pot fi: groase, mijlocii, subțiri. Proeminența buzelor poate fi observată la ambele buze, sau separat, la buza superioară și cea inferioară.

Particularități: buze crăpate, buza ridicată sau coborâtă, buză de iepure etc.

Gura se apreciază din față, în funcție de: dimensiune, forma și particularități.

Dimensiunea: mare, mijlocie, mică.

Forma gurii: în funcție de poziția comisurilor (colțurilor gurii) în raport cu un plan orizontal ce traversează centrul ei: ridicate, orizontale, coborâte.

Ca *particularități*: gură în formă de inimă, gură oblică, dimensiuni exagerate ale gurii.

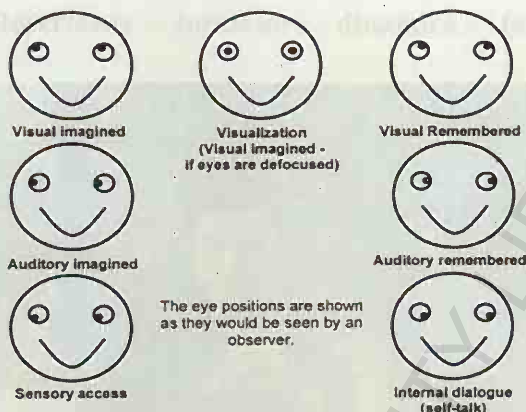
Dinții: de cele mai multe ori se descrie forma incisivilor, distanța dintre ei, proeminența lor. Dinții pot fi: lați, ieșiți în afară, depărtați unul de altul, lipsă, falși, îmbrăcați.

Bărbia se observă din față și din profil și se stabilește: înclinația, înălțimea și particularitățile ei.

Particularități ale bărbiei sunt: alungită, dublă, cu gropiță, proeminentă, răsucită.

Ochii: la ochi se examinează forma, mărimea, așezarea în orbită, culoarea, deformațiile.

Deformațiile ochilor că: asimetrie, privire sașie, anumite boli, etc. se trec la semne particulare.



Tabelul cu indicațiile de bază ale ochilor
(http://thooghun.hubpages.com/hub/Body-Language-And-Eye-Contact)

Părțile auxiliare ale ochilor sunt sprâncenele, pleoapele superioare şi cele inferioare şi genele. În ceea ce priveşte ultimele două elemente, aceste nu pot furniza informații tocmai importante în analiza unei persoane.

Sprâncenele sunt observate ținând cont de: amplasarea lor, direcția, forma, dimensiunile, grosimea, culoarea şi particularitățile acestora.

Particularități – abundența lor, lipsă sau faptul că sunt rare, precum şi acea ridicare nervoasă a unor fire de păr din componența lor.

Pleoapele în funcție de deschidere şi lungime, pot fi scurte (când sunt închise nu acoperă întregul ochi) sau coborâte pe ochi.

Genele, de obicei, acestea sunt observate doar în cazul în care prezintă anumite extremități sau particularități cum ar fi: lipsa acestora sau lungimea lor foarte mare sau purtarea unor gene false.

Bărbia şi mustățile se descriu din punctul de vedere al mărimii, culorii şi al portului.

Părul – se examinează toate detaliile sale: linia de inserție, dimensiunea, natura, densitatea, portul, lungimea, culoarea. De asemenea, se studiază şi chelia.

Tot la păr se analizează şi *favoriții* (perciunii): lungi, scurți, tăiați oblic sau drept.



Contact visual neadecvat în timpul interviului de angajare
(http://www.jobs2me.net/interview.htm)

„În ceea ce priveşte *chelia* (calviţia), aceasta se descrie în raport cu partea capului pe care se află. Astfel, chelia poate fi: frontală – când cuprinde regiunea dinspre frunte a capului; temporală – când se află pe părţile laterale ale capului; frontal-parietală – când este plasată pe partea superioară a capului; occipitală – când se găseşte spre ceafă; totală, când afectează întreaga formă a capului." (Matei, 2009)

Urechea este partea esenţială a figurii în tehnica portretului vorbit, ea prezentând cele mai multe calităţi de identificare. Această importantă este dată de faptul că din punct de vedere al formei este imuabila pe tot parcursul vieţii unei persoane şi în acelaşi timp variabilă, nu există două urechi asemănătoare.

În ceea ce priveşte urechea se mai examinează: forma generală, dimensiunile, depărtarea şi particularităţile acestuia.

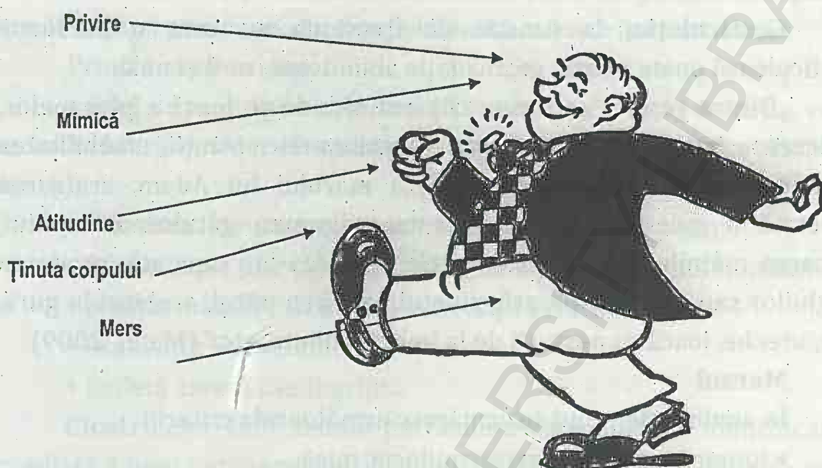
Forma generală: triunghiulară, rectangulară, ovală, rotundă.

Înălţimea urechii: mare, mijlocie, mică.

Lăţimea urechii: lată, mijlocie, îngustă.

Depărtarea urechii faţă de conturul capului: totală, nulă, superioară, inferioară, normală.

b.3. Descrierea formelor dinamice (semnalmente funcționale)



Prin trăsăturile sau semnalmentele funcționale (dinamice) se evidențiază acele caracteristici specifice unei persoane în momentul efectuării unor mişcări, cum ar fi: mersul, gesticulația, mimica etc.

Dacă stăm să reflectăm asupra analizei comportamentale, vom ajunge la concluzia că de cele mai multe ori identificam persoanele după privirea lor (nu după culoarea ochilor), după mişcarea memembrelor, nu după forma acestora, după mimica şi nu după conturul fetei.

După unii criminalişti, şi scrisul trebuie considerat ca un semnalment funcțional.

Expresia fizionomiei.

- Expresia feței poate fi: calmă, enervată, flegmatică, supărată, mirată, confuză, distrată sau obosită.
- Expresia ochilor poate fi: mobilă, tristă, fixă.
- "Expresiile privirii" pot fi: privire tandră, rea, mânioasă, bănuitoare, neîncrezătoare, întrebătoare, mirată. De asemenea există şi: priviri fixe, drepte, oblice, pătrunzătoare, mobile, fugitive.
- Expresia buzelor: obişnuită, cu tremurături, să aibă un aspect ironic sau de tristețe. De asemenea trebuie să se țină cont de faptul că o persoană îşi muşcă buzele, ori la ele se observă un tic nervos sau un rictus etc.

Atitudinea. În funcție de contractarea muşchilor aceasta poate fi: o atitudine relaxată, contractată sau rigidă. Tot ca atitudini sunt

apreciate poziția mâinilor în timpul mersului, staționării sau vorbirii, ca: ținerea mâinilor pe șolduri, în buzunare, la încheietura hainei, la spate.

Gesticulația, în funcție de frecvența cu care o persoană gesticulează poate exista: gesticulație abundentă, rară și nulă.

„Dintre gesturi amintim: clipirea repede și deasă a pleoapelor, ridicarea frecventă din umeri, încruntarea frunții, mobilitatea sprâncenelor, a comisurilor gurii, a mărului lui Adam, aranjarea repetată a gulerului sau a cravatei, mișcarea gâtului, a capului, frecarea mâinilor, joacă cu degetele, privirea lor repetată, roaderea unghiilor sau a degetelor, scărpinatul, joacă cu părul, scobitul în gură, nas, ureche, joacă cu nasturii de la îmbrăcăminte, etc." (Matei, 2009)

Mersul

În analiza mersului se urmăresc următoarele criterii:

- lungimea pasului: mare, mijlocie, mică;
- linia de direcție: dreaptă, ondulată;
- lățimea pasului: mare, mijlocie, mică;
- unghiul de mers: pozitiv, negativ
- rapiditatea pașilor,
- simetria laterală și uniformitatea pașilor,
- atitudinea corpului: drept, aplecat,
- poziția capului: bățoasă, domoală, aplecată înainte ori înapoi, spre stânga sau spre dreapta,
- modul în care piciorul se detașează de sol: glisează, se ridică,
- mobilitatea, oscilațiile corpului: laterale, antero – posterioare, verticale, ondulații ale bazinului, mișcări ale brațelor etc.

Vocea și vorbirea

Caracteristici:

- vorbire scurtă și corectă;
- vorbire scurtă și incorectă;
- vorbirea în fraze lungi corecte;
- vorbirea în fraze lungi confuze;
- vorbirea cu erori gramaticale ori cu utilizarea de cuvinte obișnuite sau străine;
- folosirea unor dialecte, subdialecte sau graiuri ori expresii literare.

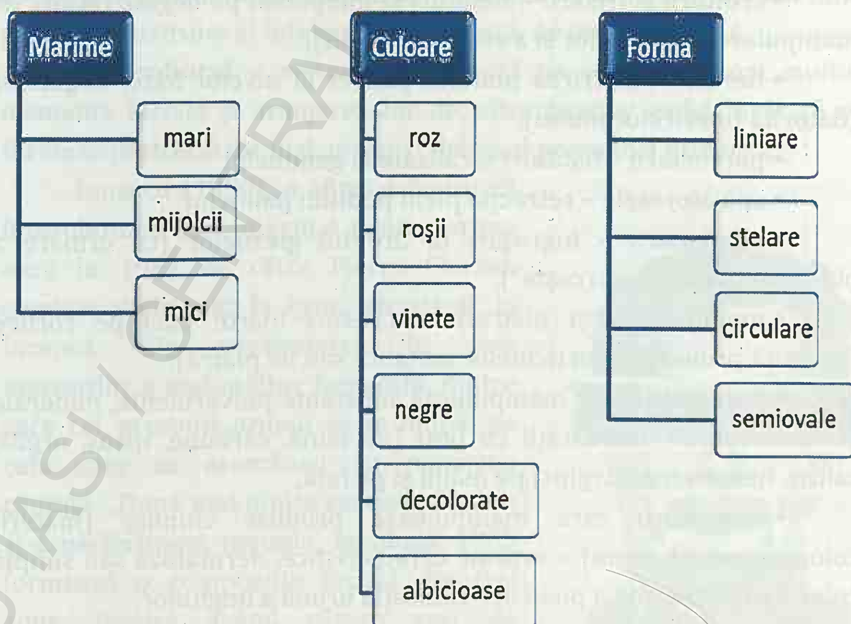
Obişnuinţe în diverse activităţi

Matei (2009) prezintă în lucrarea o serie de gesturi care pot fi specifice unei persoane, dat fiind obişnuită cu care le efectuează: Printre acestea sunt:

- felul de a aprinde chibritul (cum se freacă băţul de cutie, cum se lasă chibritul să ardă aproape complet şi după aceea se aprinde ţigara);
- folosirea într-un mod specific a ţigaretului sau pipei;
- felul cum se ţine ţigara, în mână sau gură, în timpul fumatului;
- poziţia mâinilor în timpul activităţii profesionale;
- exalivaţie frecventă;
- toaletă aleasă sau îngrijită.

Cicatricele: sunt semne particulare care ajută la identificarea imediată a unei persoane. De obicei astfel de semne atrag atenţia, sunt uşor de reţinut şi apar în urma unui eveniment traumatic sau a unei intervenţii chirurgicale.

Cicatricea trebuie descrisă în amănunt, făcându-se referiri la culoare, formă, mărime şi poziţie anatomică.



Culoarea pielii: în observarea unei persoane mai trebuie tintut cont de culoarea pielii, care pe lângă diferenţierea dintre rase, mai evidenţiază şi eventuale boli. Coloraţii diferite pot apărea şi în cazul influientei unor factori de natura chimică sau termică (opărirea cu apă sau cu alte substanţe în stare de fierbere).

Modificări în sistemul funcţional ori al unor organe. Alte semne particulare pe care le pot avea persoanele se datorează unor modificări survenite în sistemul funcţional al organismului lor.

De exemplu, o paralizie facială poate duce la căderea comisului gurii pe partea afectată;

Malformaţiile congenitale determină apariţia unor semne particulare:

- deschiderea naturală a vălului palatin;
- platfus (picior plat);

Mina Minovici (1930) prezintă în lucrarea să următoarele **semne particulare** care sunt efectul practicării unei meserii:

- cizmarii au bătături deasupra genunchiului (datorită loviturilor de ciocan) şi la mână (ca urmare a ţinerii cuţitului), precum şi înfundarea coşului pieptului;
- croitorii şi frizerii – bătături şi înţepături pe degete (lăsate de manipularea foarfecelor şi a acelor de cusut);
- fierarii – întărirea podului palmei la nivelul bazei degetelor (datorită ţinerii ciocanului);
- parchetarii – bătături localizate la genunchi;
- spălătoresele – retracţia pielii podului palmelor;
- plăpumarii – îngroşări în dreptul gleznelor (ca urmare a obiceiului de a sta „turceşte");
- metalurgiştii şi pietrarii – tăieturi foarte mici pe cornee (datorită proiectării particulelor metalice sau de piatră);
- muncitorii care manipulează substanţe pulverulente, minerale ori minereuri – încrustaţii cu praf (de făină, cărbune, ipsos, argilă, calcar, fier, mercur, argint) pe mâini şi pe faţă;
- muncitorii care manipulează produse chimice (materii colorate, petrol, crom) – eczeme caracteristice, dermatoze sau simplă colorare persistentă a pielii ori coloraţia brună a unghiilor.

În anumite situaţii, infractorii pot folosi deghizarea şi machierea pentru a îngreuna urmărirea şi identificarea lor. Deşi aceste fapte determina necesitatea unei perioade mai lungi de timp până la

identificarea autorului, de cele mai multe ori, schimbările pot fi totuşi observate de specialiştii care au deja ochiul format pentru astfel de cazuri.

Metode tehnice folosite in identificarea persoanelor dupa semnalmente exterioare

Portretul schițat **(schiță de portret)**

"Desenul schiță sau metoda portretului schițat executat pe baza declarațiilor martorilor este prima formă de tehnicizare a procesului de recunoaştere a persoanelor sau a cadavrelor prin descrierea semnalmentelor acestora. Metoda constă în desenarea trăsăturilor unei persoane după relatările martorilor, retuşarea finală a desenului şi fotografierea lui. În numeroase cazuri, publicarea acestor fotografii a dus la identificarea neajunsurilor determinate de modul în care o persoană apreciază sau descrie semnalmentele exterioare."(Stancu, 2012)

Este o metodă care are drept scop eliminarea acelor carențe (apărute în modul în care o persoană descrie semnalmentele exterioare) ce survin în urma unor împrejurări greu de identificat din cauza a variate motive: momentul îndepărtat în care se face ascultarea, posibilitățile reduse de descriere de către martor, dat fiind gradul de instruire şi inteligență, de vârstă, de profesiune etc

Fotorobotul – metoda se bazează pe selectarea mai multor elemente faciale şi aranjarea lor de către martor astfel încât să se formeze portretul cât mai apropiat de cel al persoanei urmărite.

Ionescu (1990), a afirmat faptul că fotorobotul a fost imaginat pentru prima oară în 1952 de către Pierre Chabot, comisar divizionar la Lyon, constând, la început, din prezentarea în fața martorilor a mai multor fotografii, dintre care cei prezenți urmau să le indice pe cele care se asemănau cu persoana căutată. „După mai multe succese, Chabat şi-a perfecționat metoda, iar după 1965 formează o compoziție facială din trei zone, fiecare având câteva zeci de variante. Cele trei zone au următoarea compoziție: zona frunții şi a părului,



cuprinzând aici şi conturul superior al capului, zona ochilor şi a nasului şi zona gurii şi a bărbiei." (Suciu, 1972)

În ceea ce priveşte partea tehnică, albumul ce are drept scop identificarea este format dintr-o varietate de fotografii realizate în condiţii similare, având aceeaşi mărime, aşa încât cele 3 zone mai sus menţionate să se suprapună cât mai bine.

Matei (2009), prezintă foarte clar tehnica de utilizare a fotorobotului astfel:

„Se vor fotografia sute de persoane, la aceeaşi scară şi aceeaşi poziţie a capului. După sexul persoanei şi conturul feţei, aceste fotografii vor fi împărţite în 2 – 3 grupe. În cadrul fiecăreia, fotografiile vor fi tăiate în trei fâşii, urmând delimitările celor trei zone. Aceste fotografii vor fi lipite pe planurile alunecătoare şi paralele ale unui dispozitiv cu care se vor putea executa numeroase combinaţii de structuri faciale, după indicaţiile date de martorii care au văzut persoana căutată.

Când combinaţia celor trei zone a ajuns la construcţia unei fizionomii care este asemănătoare cu persoana ce urmează a fi identificată, se fac unele retuşuri pentru a asigura continuitatea dintre diferitele secţiuni, compoziţia rezultată se fotografiază, iar după o nouă retuşare a negativului se scoate pozitivul."

Identi-kit-ul şi Photo-identi-kit-ul

Identi – kit – ul a fost realizat de către şeriful Mc. Donald din Los Angeles, în timpul celui de-al doilea război mondial şi se numără printre mijloacele tehnice frecvent folosite în practica de cercetare penală. (Ştefănescu, 1990)

Suciu (1972) explică detaliat etapele acestui proces: persoana care urmează să recunoască infractorul sau individul necunoscut consultă albumul şi, dacă un element facial dintr-o anumită variantă este socotit că prezintă asemănări cu acelaşi element facial al celui necunoscut, foaia transparentă conţinând acest element se aşează pe geamul mat al unui dispozitiv de iluminat, urmând pe rând şi celelalte foi transparente conţinând elementele faciale socotite asemănătoare cu acelea ale persoanei ce urmează a fi identificată. „Operaţiunea" se petrece în prezenţa organului de urmărire penală care conduce recunoaşterea.

Un avantaj al identi-kit-ului este faptul că se bazează pe identificarea vizuală, fiind mult mai accesibil omului de rând care nu cunoaşte tehnologia ştiinţifică a descrierii semnalmentelor şi, în acelaşi timp, este o metodă mai intuitivă, mai directă, evitând neajunsurile care s-ar putea să apară din cauza unei exprimări greşite. (Teraziev, 1971)

b.4.4. **Mimicompozitorul** (MIMIC) – „se apropie, oarecum, de metoda identi-kit-ului, dar este mai perfecţionată. Dispozitivul are forma unei cutii prevăzute cu un ecran. Pe ecran sunt proiectate succesiv elementele faciale înregistrate pe filme de 36 mm. În aparat există 6 filme pe care sunt înregistrate variantele elementelor faciale. După compunerea imaginii se fotografiază cu un aparat de tip Polaroid." (Stancu, 2010)

Sintetizorul fotografic are la bază aceleaşi principii de compunere a imaginii. Într-un timp foarte scurt se realizează un montaj cu ajutorul a patru dispozitive ce proiectează pe un ecran câte o zonă a feţei.

Portretul robot computerizat – În crearea unui asemenea portret, marele avantaj este acela că se ţine cont nu doar de semnalmentele exterioare descrise de martor, ci şi de informaţiile furnizate de bazele de date stocate în fişierele criminalistice.

Portretul – robot reprezintă finalizarea vizuală a portretului vorbit.

Ideea principală pe care se bazează această tehnică este cea a asocierii: martorului sau victimei i se arată albume cu diferite elemente faciale şi acesta trebuie să le selecteze pe cele care sunt asemănătoare infractorului.

„Fiind realizat, de regulă, cu aportul unor persoane care nu au nici o pregătire în acest domeniu, portretul – robot este deseori incomplet şi are o doză mai mică sau mai mare de subiectivism" (Matei, 2009).

Factori obiectivi care influenţează recunoaşterea infractorilor de către martori:

Locul unde s-a realizat percepţia, vizibilitatea şi condiţiile atmosferice

Durata percepţiei

Depărtarea de locul evenimentului

FACTORI OBIECTIVI

Îmbrăcămintea sau alte accesorii specifice deţinute de infractor

Fapta petrecută

Factori subiectivi care influenţează recunoaşterea infractorilor de către martori:

Sexul

literatura de specialitate consideră ca femeile pot reda mai clar şi mai exact trăsăturile observate

Vârsta

deşi se consideră că oamenii maturi reţin mai bine semnalmentele, s-au obţinut rezultate bune şi cu aportul unor copii de peste 10 ani

FACTORI SUBIECTIVI

Profesia

oamenii care lucrează cu publicul au cea mai mare precizie în identificarea elementelor.

În cadrul Poliţiei Municipiului Bucureşti, se utilizează o metodă combinată, întrucât s-a observat faptul că, portretul robot nu reuşeşte

să contureze imaginea pe care o doreşte martorul. Astfel că, s-a apelat la desenul realizat de un plastician.

Metoda combinată are următoarele avantaje (Matei, 2009):

• „se pot corecta erorile de vârstă apărute datorită unor elemente faciale, mai ales a ochilor şi feţei, alese de la persoane de altă vârstă decât făptuitorul;

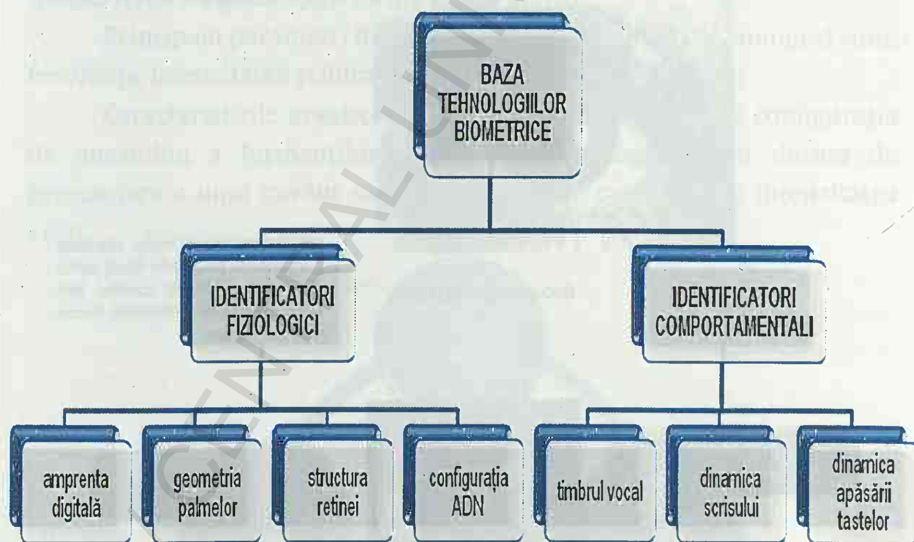
• se atenuează unele caracteristici nedorite apărute în procesul de compunere;

• se înlătură erorile de îmbucşare a elementelor şi diferenţele de culoare dintre ele".

Metode biometrice de identificare:

„Tehnica de acces prin analiza trăsăturilor anatomice se numeşte biometrie" (Boldea & Boldea, 2003).

Boldea & Boldea (2003), prezintă următoarele tipuri de biometrie:



• **Fingerprint/ Finger length – amprenta digitală.** Sistemul este bazat pe un senzor optic sau capacitiv, care transmite imaginea captată către microcontroler sau către PC în funcţie de sistemul în care este implementat.

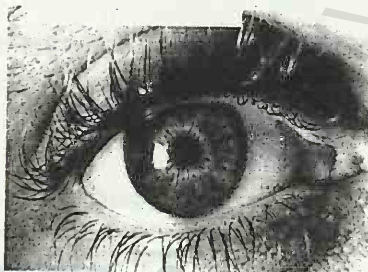
• **Hand geometry/ Hand&Finger – geometria mâinii.** Un senzor optic scanează întreaga palmă a utilizatorului. În acest scop mâna trebuie introdusă într-un dispozitiv mecanic dotat cu senzori de proximitate.

• **Iris/Retină Recognition – iris/ retină.** Şi aici un senzor optic scanează irisul sau retina înregistrând imaginea obţinută într-o memorie dinamică sau statică.

• **Facial image Recognition/ Facial thermogram** – imaginea facială. Scanarea se face cu senzori optici sau de temperatură. Imaginea captată este geometrizată 3D şi reţinută.

• **Voice/Speaker – voce.** Se face analiza spectrală a vocii utilizatorului, iar dacă spectrul de frecvenţa este identic cu cel memorat, accesul este permis.

Recunoaşterea retinei Sursă de informaţii biometrice → Tipografia dispunerii vaselor sanguine; Anatomie; Unicitate



Recunoaşterea irisului – achiziţionarea imaginii irisului, măsurarea şi digitalizarea parametrilor folosiţi pentru identificarea şi calculul corelaţiei între datele achiziţionate şi informaţiile stocate într-o bază de date.

Necesită camere de termoviziune (45 cm distanţă)

Fotografie a temperaturii feţei unei persoane

Permite şi scanarea termică fără ştirea subiecţilor

Explorarea feţei cu un detector sensibil la radiaţii infraroşii



Termograma facială

Capturează o imagine a emisiilor faciale în infraroşu, obţinută numai prin metode pasive

• **Signature – semnătura digitalizată**. Aceasta poate fi memorată pe o cartelă şi comparată cu semnătură executată de utilizator înaintea accesului.

• **Keystroke** – presiunea şi ritmul apăsării tastelor.

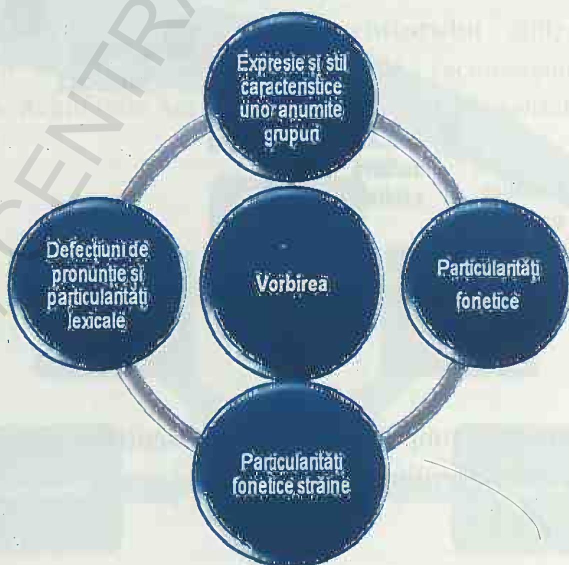
Identificarea persoanelor după voce şi vorbire

Această metodă are drept **fundament ştiinţific** elementele individuale proprii fiecărei voci, acele particularităţi care fac ca vocea unei persoane să fie unică. Aşadar, particularităţile de care am menţionat sunt redate de componentele aparatului fonorespirator (plămâni, trahee, laringe, coarde vocale, cavitatea bucală s.a.) şi de funcţia fonatorie, determinată de fiziologia specifică actului respirator.

Sonografele permit analize complexe ale caracteristicilor generale şi individuale fonoacustice, spectrul lor de audiofrecvenţă fiind situat între 5 şi 16000Hz. Aceste aparate vizualizează caracteristicile vocii, prin transcrierea lor grafică sub forma *vocogramelor.*

Principalii parametri fizici ai sunetelor evidenţiaţi de sonograf sunt: frecvenţa, intensitatea şi durata acestora.

Caracteristicile acustice generale ale vocii constau în configuraţia de ansamblu a formanţilor transcrişi pe vocograma, în durata de pronunţare a unui cuvânt sau a unui grup de cuvinte şi în intensitatea vocii.



În ceea ce priveşte caracteristicile acustice individuale, acestea au la bază un complex de frecvenţe, unele speficice sunetelor nazale şi frecvenţei vocii, altele de rezonanţă a cavităţii aparatului vocal (formanţii) şi nu în ultimul rând frecvenţele tonului fundamental care sunt considerate a fi o caracteristică neschimbătoare a vocii.

Voice Stress Analyzer

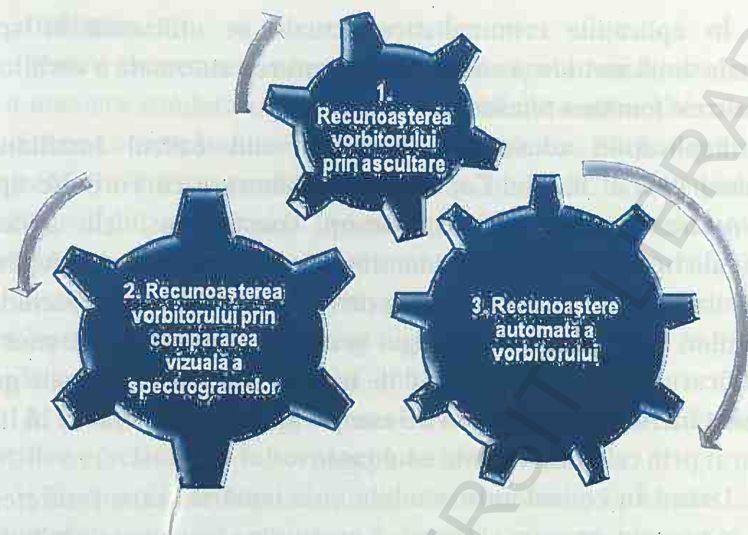
Cei din cadrul institutului de criminalistica al Poliţiei Capitalei, definesc vocea ca fiind „rezultatul energiei respiratorii folosite pentru a face să vibreze corzile vocale, care generează astfel sunetele, această manifestare fiind principala metodă a comunicării prin coduri comune, respectiv prin limbaj.

Producerea vorbirii este compusă din două funcţii mecanice de bază: fonetică şi articulaţie. Fonetica reprezintă producerea unui semnal acustic. Articulaţia include modularea semnalului acustic, în special de către buze, limbă şi de palatul moale, precum şi de rezonanţa în cavitatea supraglotică, oral şi/ sau nazal."

Percepţia vocii este caracterizată prin etapele transformării semnalului audio în mesaj:



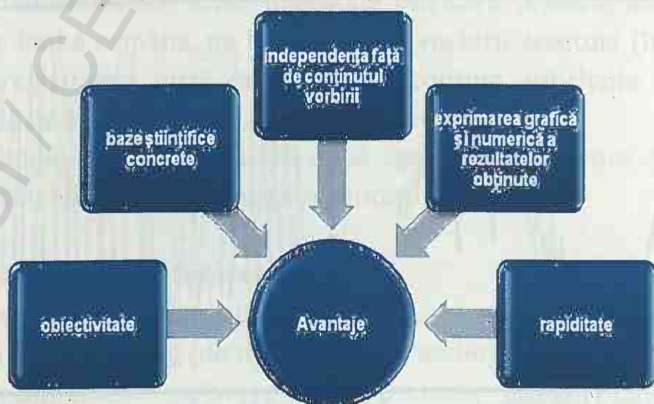
Pe parcursul timpului au fost evidenţiate trei metode de recunoaştere a vorbitorului:



Recunoaşterea vorbitorului prin ascultare se bazează pe ideea conform căreia fiecare voce este asociată unui individ sau a unui grup, aşadar fundametul ştiintific este subiectivitatea procesului de percepţie auditivă şi a procesului de identificare.

Recunoaşterea vorbitorului prin compararea vizuală a spectrogramelor: „o spectrogramă este reprezentarea grafică a unui set de sunete, în parametrii timpului, frecvenţei şi amplitudinii. Rezultatele obţinute prin comparaţie spectrografică nu sunt concludente. „ (Politia Capitalei, 2011)

Recunoaştere automată a vorbitorului utilizează tehnici coputerizate având la bază modele de recunoaştere şi teorii informatice. Avantajele acestei proceduri sunt prezentate în schema de mai jos:



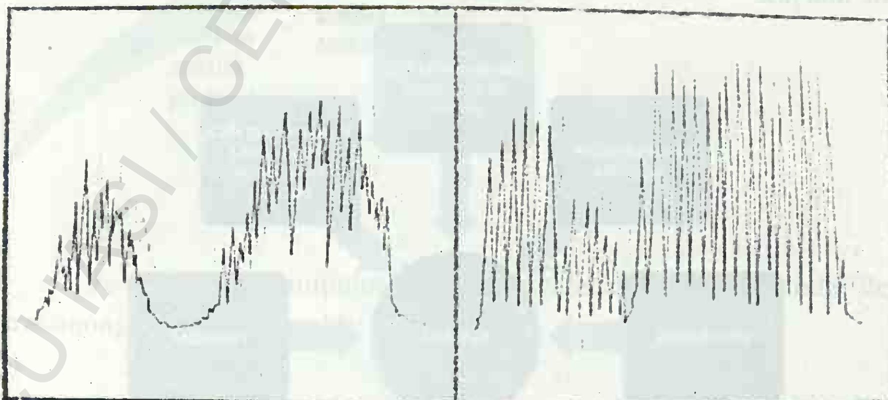
În aplicațiile criminalistice actuale se utilizează în special ultimele două metode și anume recunoașterea automată a vorbitorului și analizele fonetico-fonologice.

Explicațiile aduse de specialiștii din cadrul Institului de Criminalistică al Poliției Capitalei, în colaborare cu Forensic Speech and Audio Analysis Working Group, constau în: „În aplicațiile criminalistice, procesul de identificare urmărește individualizarea vorbitorului. Acest proces poate fi privit ca o activitate de excludere a bănuiților, plecând de la întregul grup de suspecți și sfârșind prin identificarea persoanei. Factorul de individualizare depinde de gradul de asemănare dintre modelul de comparație și înregistrarea în litigiu, măsurat prin cele trei metode enunțate.

Luând în considerare studiile și cercetările care s-au efectuat până în prezent, precum și faptul că presupune însușirea de cunoștințe aprofundate din mai multe domenii diferite, expertiza vocii și a vorbirii este un proces complex și laborios, care reprezintă o provocare permanentă pentru criminaliști și care are perspective de dezvoltare promițătoare."

Stresul emoțional și analiza stresului vocal

În imaginea de mai jos este prezentată foaia de înregistrare a analizatorului de voce. În momentul în care o persoană este supusă unor factori stresori, ritmul nervos vegetativ suprimă tremorul transmis coardelor vocale. Atunci când persoana este relaxată, este înregistrată apariția unui tremor ce constă în apariția unor serii de unde.



Patern vocal normal — Patern vocal al unei persoane supuse stresului.

Sursa: Haddad et. all. 2002

Utilitate:

Pentru detectarea minciunilor, analizatorul vocal este utilizat într-o maniera similara cu poligraful, întrebările neutre alternează cu cele critice, comparându-se înregistrările obţinute. Dacă răspunsurile la întrebările critice produc înregistrări în unde, atunci persoana spune, probabil, adevărul.O înregistrare fară unde indică faptul că individul este tensionat sau anxios şi nu neapărat că minte.

Nu în ultimă instanţă, vă voi aduce la cunoştinţă ce probleme pot fi rezolvate în cadrul laboratorului de fonoscopie al Poliţţei Capitalei şi dotările acestuia (Poliţia Capitalei, 2011):

A. Probleme care pot fi rezolvate prin constatările tehnico-ştiinţifice efectuate în laboratorul de fonoscopie:

• Efectuarea de copii ale înregistrărilor audio în format analog sau digital;

• Efectuarea de conversii din format analog în format digital şi invers;

• Îmbunătăţirea calităţii unei înregistrări audio în vederea creşterii audibilităţii acesteia prin aplicarea unor filtre care elimină sau reduc unele zgomote ori semnale perturbatoare;

• Transcrierea conţinutului convorbirilor prezente într-o înregistrare audio în limita a maxim 5-10 minute considerate relevante de către organul care a dispus lucrarea;

• Analiza tonurilor DTMF în vederea determinării numărului de telefon apelat (expertiza unui semnal analizat poate să conducă la identificare, compararea şi interpretarea, asemănător semnalelor ca tonurile de apelare telefonice);

• Determinarea zonei dialectale din care provine un vorbitor nativ de limbă română, pe baza analizei vorbirii acestuia (în cazul în care înregistrarea pusă la dispoziţie conţine suficiente elemente regionale de natură lexicală, fonetică şi morfologică);

• Stabilirea faptului dacă două eşantioane de voce şi vorbire aparţin sau nu aparţin aceluiaşi vorbitor.

B. Tehnici din dotare:

• echipamente specifice destinate examinării înregistrărilor audio în format analog (de tipul casetelor audio);

• echipament software care permite analiza complexă a înregistrărilor audio în format digital;

• echipament software de îmbunătățire a calității vocii în vederea creşterii audibilității.

Caracteristicile de identificare a scrisului de mână şi efectuarea expertizelor grafice

„Grafoscopia judiciară reprezintă o ramură a științei criminalistice care studiază legitățile scrisului şi elaborează metodele examinării acestuia în vederea identificării persoanei, pe cale de expertiza. Ea se ocupă totodată cu cercetarea limbajului scris în scopul folosirii particularităților acestuia la stabilirea autorului unui text." (Politia Capitalei, 2011)

Caracteristicile generale ale scrisului de mână

dimensiunea	înclinația	conformația	distanța	distribuția	legătura	apăsarea	evoluția

Caracteristicile scrisului sunt denumite de specialişti „dominante grafice" şi reprezintă acele detalii specifice scrisului la nivel general şi formei acestuia. Pentru clasificare scrisului ne bazăm pe caracteristicile deja menționate.

Analiza scrisului în practică judiciară are şi scopul descoperirii unui fals prin imitare sau deghizare. În aceste cazuri, autorul se concentrază în mod principal pe forma literelor, scăpând din vedere caracteristicile generale proprii, detalii care duc la divulgarea identității sale.

Caracteristici particulare ale scrisului

De cele mai multe ori, construcția unei litere ni se pare un lucru mult prea obişnuit pentru a-i da importanță, însă o analiză detaliată a trăsăturilor acelei litere, oferă un număr mare de detalii cu un caracter complex. Pentru a fi evidențiate acele aspecte, litera/ semnul grafic, va trebui analizat din foarte multe puncte de vedere.

În cadrul tratatelor de specialitate, aceste sunt prezentate şi analizate în mod separat, de exemplu aspectul general al unui semn

grafic este urmărit dacă se apropie mai mult de un aspect caligrafic sau tipografic. De asemenea, se urmăreşte şi definirea literei prin numărul şi forma trăsăturilor care o alcătuiesc.

„Alte elemente care contribuie la individualizarea semnelor grafice le reprezintă trăsăturile de debut şi cele prin care se finalizează o literă. Acestea pot fi analizate din punct de vedere morfologic, din punct de vedere al plasamentului față de linia de bază a scrisului sau al poziției față de elementele respectivei litere." (Poliția Capitalei, 2011)

Identificare persoanei după scris

SCRIS ATIPIC

SCRIS CALIGRAFIC

În ceace mă privește doriam de mult să vă invit pe la mine, dar împrejurările în care locuiam nu-mi îngăduiau acest lucru din motive lesne de înțeles. De câtva timp am scăpat de colocatari și de tot convoiul de reparațiuni ce a necesitat conviețuirea cu acei oameni și nu mai văd nici un impediment pentru a ne vedea.
O împrejurare de natură foarte urgentă va grăbi

Identificarea persoanei dupa semnătură:



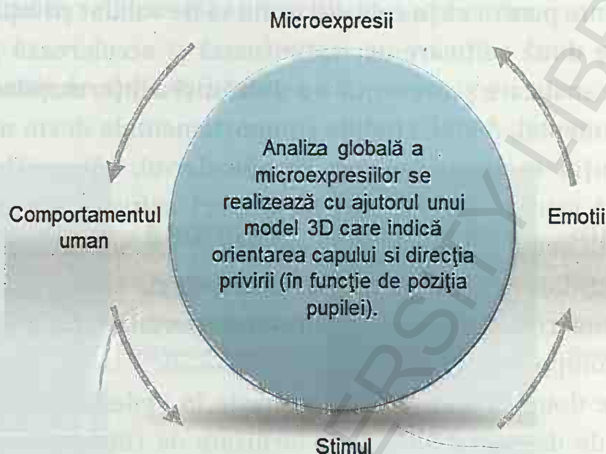
(sursa imaginilor: http://www.politiaromana.ro/Criminalistic/expertize_grafice.htm)

Identificarea maşinii de scris
şi examinarea impresiunilor de ştampilă





I. FaceReader și The Observer – software-uri utilizate în analiza comportamentului uman



FaceReader-ul și The Observer-ul reprezintă software-uri utilizate în analiza comportamentului uman. În anul 1990, The Observer a fost lansat pe piață și de atunci a fost updatat în permanență la cerințele de cercetare contemporană. Astfel, The Observer-ul a devenit un produs valid utilizat în proiecte de cercetare, produs ce furnizează servicii integrate și soluții fiabile sub forma unui software.

The Observer reprezintă un instrument general de înregistrare și analizare a comportamentului, independent de subiectul/ organismul studiat.



Un rol important care a facilitat intrarea pe piață a software-ului a fost jucat de către oamenii de știință și cercetători: instrumentul a fost testat de către cercetători în nenumărate rânduri fiind utilizant în experimente pentru că în cele din urmă să fie validat științific.

Cele două software-uri optimizează și accelerează procesul de colectare, analizare și prezentare a datelor și a informațiilor cu specific comportamental. Astfel, studiile comportamentale devin mai eficiente și mai puțin costisitoare: atât FaceReader-ul, cât și The Observer analizează grupuri de subiecți (cele două software-uri au o funcție importantă beneficind de analiza colectivă); personalul responsabil de culegerea informațiilor și a datelor prin metoda observației este redus la persoana resonsabilă de analiza comportamentului prin această formulă computerizată.

Cele două elemente cheie utilizate în vederea creșterii calității culegerii de date și analiza sunt furnizate de către software-uri prin următoarele trăsături:

• Creșterea calității – tehnologia prezentată permite acuratețea datelor măsurate în ceea ce privește comportamentul și recoltarea unui număr mai mare de date. Datorită acestei metode non-invazive comportamentul poate fi studiat într-un cadru natural.

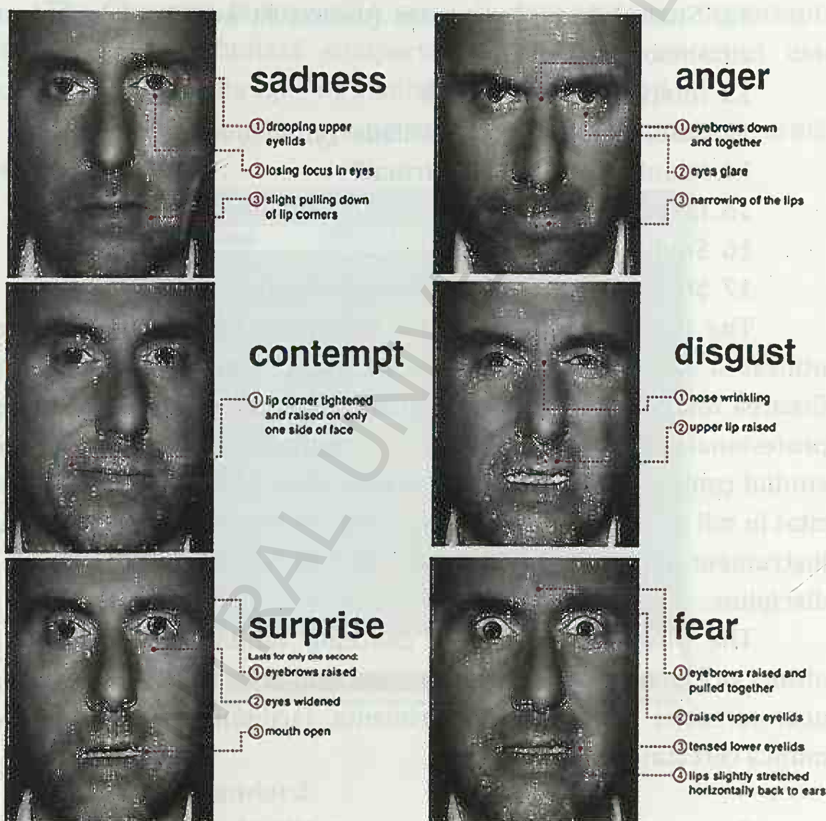
• Creșterea productivității – sistemul automat și computerizat înlocuiește munca manuală și permite cercetătorilor să întreprindă mai multe sarcini în mai puțin timp.



Micro-expresii
(http://amillionraindrops.blogspot.ca/2011/06/micro-expressions.html)

Cele două produse au la bază schema micro–emoțiilor studiate şi aprofundate de către psihologul clinician Dr. Paul Ekman. The Observer aplică sistemul FACS (*Ekman's Facial Action Coding System*), sistem utilizat în vederea identificării microexpresiilor.

Domenii de aplicabilitate:



1. Neuroştiințe
2. Analiză comportamentală la ăunctul de frontieră
3. Ştiințe senzoriale
4. Cercetarea de piață

Studii în care se pot utiliza cu success software-urile:

1. Interacțiunea părinți-copii.
2. Autism
3. Studiul infantil

4. Observația (de ex., în clase)
5. Cercetări psihiatrice
6. Interacțiunea medic-pacient
7. Evaluarea comportamentului
8. Studiul clientului (customer research)
9. Studii comportmentale nonverbal
10. Observația în focus group, *brainstorming*
11. Studiul factorilor umani (de ex., în aviație și în industria automobilelor)
12. Interacțiunea om-robot
13. Studiul jocurilor de calculator (*gaming research*)
14. Simulare și Realitate Virtuală
15. Erogonomie
16. Studiul activității sportive
17. Știința mișcării umane (kinesiologie).

The Observer reprezintă un software profesional și prietenos utilizat în scopul colectării, analizării și prelucrării datelor observate. Crearea unui laborator de cercetare care să includă în echipamentul profesional software-ul The Observer, reprezintă soluția ideală pentru studiul comportamentului uman. Având un istoric de 20 de ani și fiind citat în mii de publicații științifice, software-ul prezentat reprezintă un instrument de cercetare extrem de valoros într-o arie largă de discipline.

The Observer-ul combină concepte validate cu tehnologie de ultimă oră pentru a susține și a ajuta oamenii de știință în vederea unei cercetări sau a unor experimente, facilitând o mare parte din munca cercetătorului.

Care ar fi beneficiile software-ului?

1. Codează și descrie comportamentul cu un nivel crescut de acuratețe, stocând datele sub o formă cantitativă.

2 .Colectează foarte multă informație.

3. Înregistrează ora și data automat.

4. Corelează eșantionul cu timpul și momentul în care este studiat.

5. Realizează calcule statistice și evalueaza fidelitatea.

6. Realizează clipuri a unor părți video ce cuprind informațiile de interes.

7. Observă şi analizează grupuri de subiecţi.

8. Filtrează elementele şi informaţiile relevante selectate

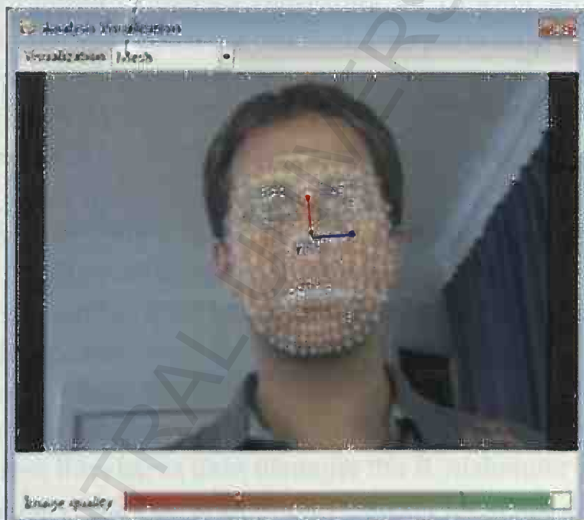
9. Facilitează căutarea în baza de date.

10. Codează în limba selectată de tine fiind compatibil şi cu chineza, japoneza şi cu caracterele chirilice.

Analiza statistică:

The Observer furnizează o serie de date statistice importante pentru cei care studiază comportamentul. Partea statistică este accesibilă în funcţie de tipul de analiză pe care o efectuaţi.

Dacă alegeţi analiza comportamentală pot fi utilizate următoarele date statistice :



- **Media**
- **Abaterea standard**
- **Eroarea standard**
- **Procente**
- **Limite de incredere**
- **Proporţii (eşantion)**
- **Calcule statistice**

Nota: documentul poate fi convertit şi utilizat în SPSS.

Concluzii:

• Cele două produse au la bază schema emoţiilor universale studiate şi aprofundate de către psihologul clinician Dr. Paul Ekman.

• The Observer aplică sistemul FACS (Ekman's Facial Action Coding System), sistem utilizat în vederea identificării microexpresiilor.

• O funcție substanțială a software-ului o reprezintă obiectivitatea observației.

• FaceReader și The Observer au un avantaj esențial în fața altor metode de analiză: timpul – cele două programe nu lucrează doar pe analiză individuală ci și pe analiză de grup, colectivă.



NEURO-PSIHO-DEGENERESCENȚA PSIHOLOGICĂ ȘI PATOLOGICĂ ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ

George Talău

Îmbătrânirea fiziologică reprezintă un concept problematic in care dificultățile apar deoarece îmbătrânirea normală și cea patologică sunt conceptual interdependente.

Korenchevsky arată că:

• cercetările psihologice în performanța cognitivă și motor-senzorială indică independența acestora față de vârstă;

• existența îmbătrânirii primare (non-patologice) și a celei secundare (patologice) instalată timpuriu în viața adultă;

• există variații mari la vârsta a 3-a între sănătatea mentală și fizică, condiții de viață, suport social, stres;

Transformările seculare în sănatate, longevitate, stiluri de viață etc. modifică în mod constant conceptul de „îmbătrânire fiziologică". Se ridică firesc întrebarea dacă demența din B. Alzheimer sau demența vasculară sunt rezultatul unui proces normal intrinsec care ar afecta orice persoană care trăiește destul *SAU* sunt condiții anormale, induse genetic, de condiții de viață, sau condiții extrinseci de tipul infecții, substanțe nocive.

Axiomatic: *Dacă vreun aspect deteriorativ nu este atribuit unei patologii, el este etichetat ca „normal", iar dacă este identificată o cauză, este etichetat ca fiind „patologic".*

Stoller arată că există o tendință a oamenilor în vârstă de a interpreta simptomatologia ca durere, disconfort ce le îngreunează activitatea și nu ca pe o posibilă afecțiune medicală.

Gerontologii folosesc conceptul de îmbătrânire patologică sau anormală în identificarea deviațiilor de la normalitate, dar o

diferențiere clară între îmbătrânirea fiziologică și cea patologică rămâne dificilă.

FUNDAMENTE ISTORICE

1. Istoria psihiatriei geriatrice poate fi scrisă din 2 perspective diferite: *abordarea externă* (axată pe: variabilele sociale și politice care impun percepția comportamentului anormal la vârsta a III-a și profesionalizarea celor care trebuie să asigure asistența pacienților psihiatrici de vârsta a III-a) și *abordarea internă* – centrată pe originea limbajului științific al psihogeriatriei.

Concepte despre îmbătrânire înainte de secolul XIX

În majoritatea culturilor erau venerate înțelepciunea și valorile vârstei a III-a. Cu toate acestea, se pare că bătrânețea era considerată de nedorit, motiv pentru care se căutau modalități de încetinire a ei; era general acceptat faptul că îmbătrânirea fizică era însoțită și de cea psihică (cu toate că se încerca asiduu susținerea faptului că spiritul eluda îmbătrânirea). Conceptul de îmbătrânire psihică a fost abordat în această perioadă de Buffon, Darwin, Goethe.

Concepte despre îmbătrânire în secolul XIX

Sinclair (1807) a publicat ultima expresie a timpului asupra îmbătrânirii și longevității care include referiri la gândirea secolului al XVIII-lea. Rostan (1819) – în „Cercetări asupra ramolismentului cerebral" afirmă că tulburările vasculare ar putea fi la fel de importante ca cele parenchimatoase la creierul care îmbătrânește și toate bolile sunt legate de modificări patologice în organele specifice. Lobstein (1833) – descrie patologia de bază în ateroscleroză: vertij, deficite motorii și senzoriale, idei delirante, halucinații, tulburări volitive, cognitive și afective. Reveille-Parise (anii 1850) definește cauza îmbătrânirii ca o creștere graduală a descompunerii. Îmbătrânirea rezultă dintr-o balanță negativă între producție și eliminare, care afectează creierul, la fel ca și sistemul respirator, cardiovasular, reproductiv. Levy (1850) arată că există o acumulare graduală de fosfați de calciu care duc la pietrificare în „anticiparea morții". Charcot (1868) vorbește în numeroase publicații (24) despre bolile care afectează vârstnicii („modificările în textura organismului, datorate îmbătrânirii, devin câteodată atât de marcante încât starea

fiziologică și patologică par să conveargă prin evoluții imperceptibile ce nu pot fi distinse cu claritate").

O istorie conceptuală în secolul XX

Marie și Albreht (1906) au asociat îmbătrânirea creierului cu două căi fiziopatologice: tulburările parenchimatoase și/sau vasculare pot afecta creierul, iar distribuția leziunilor poate fi difuză sau focală. Rolul aterosclerozei ca factor cauzal și prognostic în relație cu psihozele de involuție a fost abordat la începutul secolului XX. În acest climat se dezvoltă și conceptul bolii Alzheimer care va deveni prototipul tuturor demențelor senile.

Urmare a numeroase studii se poate conchide că:

Modificări în macrostructura și microstructura creierului îmbătrânit se constată prin analiza evidențelor cortexului cerebral. Se menționează modificări structurale la nivelul îmbătrânirii, majoritatea studiilor indicând o *vulnerabilitate excesivă a lobilor frontali* și, în particular, a *cortexului prefrontal.* Studii încrucișate au demonstrat *modificări ale cortexului parietal, talamusului și cerebelului* iar studii longitudinale au evidențiat *modificări hipocampale* notabile în boala Alzheimer.

Evidența acestor modificări imagistice corelează declinul funcției consecutiv vârstei în relație cu anumite comportamente:

• scăderea în volum a lobului prefrontal constituie o predicție a scăderii performanței și a controlului involuntar inhibitiv;

• deficitele în sfera memoriei sunt corelate cu volumul lobului temporal și hipocampal, reducerea volumului lobului frontal este corelată cu disfuncția vârstnicilor;

• investigațiile postmortem au evidențiat schimbări relaționate cu vârsta în substanța albă – degradarea axonilor – în special a tecii de mielină.

• *in vivo,* microstructura substanței albe a fost detectată cu DTI (diffusion tensor immaging), care a relevat modificări ale substanței albe în regiuni care, investigate imagistic (MRI), apăreau normale (scăderea fluenței verbale a fost corelată cu nivele de anizotropie scăzută în multiple zone ale substanței albe). De asemenea, zone de integritate ale calusului și fornixului au fost corelate cu dexteritatea, vorbirea și timpul de reacție.

• acumulări mari de fier (care pot fi măsurate *in vivo* (MRI)), corelate cu îmbătrânirea, care se găsesc în cantități mari în involuția

ganglionilor bazali au fost raportate în deteriorarea din B.Parkinson, Scleroza multiplă, B.Huntington;

Imagini funcționale ale creierului îmbătrânit

Imagistica funcțională este recomandată de ghidurile de diagnostic pentru soluționarea anumitor probleme de diagnostic diferențial. Tehnicile moderne reuşesc să detecteze modificări subtile ale funcționalității creierului, chiar şi înainte ca efectul terapeutic să se reflecte clinic, putând identifica tratamente preventive chiar în faza presimptomatică.

Cele mai frecvent utilizate tehnici de imagistică funcțională sunt EEG (*electroencephalography*), MEG (*magneto-encephalo-graphy*), PET (*positron emission tomography*), SPECT (*single photon emission tomography*) și fMRI (*functional magnetic resonance imaging*). În majoritatea studiilor, cea mai mare deteriorare funcțională o are cortexul pre-frontal, în timp ce hipocampul anterior, talamusul și cortexul cingulat posterior sunt mai puțin afectate.

S-a constatat că modificările datorate îmbătrânirii şi patologiei nu sunt asociate doar cu deteriorarea, ci şi cu măsuri de contracarare (adaptare, compensare). În cazul măsurilor de adaptare sunt activate rețele neuronale adiționale pentru rezolvarea problemelor. În cazul măsurilor de compensare (în leziuni ale creierului: PASA – *posterior+anterior shift in aging* – și HAROLD – *hemispheric asymmetry reduction in older adults* – se realizează o intensificare a activității creierului în aceleaşi regiuni, activarea altor rețele adiționale, dezactivare mai eficientă a rețelelor inhibitoare. Demența din B. Parkinson şi demența cu corpi Lewy par să aparțină aceluiaşi spectru de afecțiuni asociate corpilor Lewy, având patologie funcțională cerebrală asemănătoare.

Imagistica funcțională nu va înlocui niciodată imagistica structurală, ea complementând-o pe aceasta în cazurile clinice incerte. Sunt în curs de dezvoltare şi alte noi metode de imagistică funcțională, cum ar fi rs-fRMI (*resting state functional magnetic resonance imaging*) metodă care necesită o complianță minimă a pacientului, adăugând și observația clinică.

2. Neurofiziologia creierului îmbătrânit

Îmbatrânirea este un proces dinamic la care este supus SNC-ul, numit neuroplasticitate (potențial de schimbare pe lângă cel de

reparare şi/ sau reorganizare a conexiunilor neuronale). Alte mecanisme de modificare a eficacității sinaptice sunt:

LTP (*long term potentiation* – modificări ale inputului postsinaptic sau depolarizare postsinaptică) şi LTD (long term depression – prin canalele de Na+ şi Ca2+). Este posibilă o dezvoltare neuronală şi formare de noi sinapse – remodelare dendritică potențată de neurotransmițători, factori neurotrofici şi sinteză de proteină sinaptică. Brody (1955) estimează pierderea neuronală prin îmbătrânire la 40% iar Braak (1985) constată că în procesul de îmbătrânire mor în special celulele piramidale din lobul frontal. TMS (*transcranial magnetic stimulation*) şi rTMS (*repetitive TMS*) aprofundează înțelegerea corelației dintre structurile anatomice ale creierului şi funcțiile lor (ex. capacitatea de învățare şi de memorare sunt afectate diferit în leziuni ale lobului frontal sau hipocamp).

Majoritatea studiilor TMS arată o hiperexcitabilitate a cortexului la pacienții cu B. Alzheimer, putând fi folosit la diagnosticul diferențial cu alte demențe, dar şi la diagnosticare precoce, fiind premergătoare semnelor clinice. EEG de repaus arată o *intensificare* a frecvenței alpha şi theta şi o *diminuare* a frecvenței alpha posterior şi/sau beta în Alzheimer, fiind asociate cu o deficiență a irigării/metabolismului şi o funcție cognitivă globală diminuată (MMSE). MEG – arată o intensifcare a frecvenței delta şi theta parieto-temporale în B. Alzheimer asociată atrofiei hipocampale. Rossini arată că un EEG cantitativ poate prezice cu destulă acuratețe progresia MCI spre B. Alzheimer. Singura abordare capabilă să delimiteze granița dintre îmbătrânirea fiziologică şi cea patologică este o integrare a variabilelor genetice, biologice, structurale şi funcționale. Metodele de lucru neurofiziologice sunt ieftine, non-invazive şi larg răspândite, folositoare deci pentru un screening şi o reevaluare a populației cu risc mare de demențiere.

3. Regenerarea potențială a creierului îmbătrânit

Cajal (1928) a afirmat că: „În centrii adulți... totul poate muri, nimic nu poate fi regenerat".

În următorii 80 de ani însă, s-a identificat o importantă neuroplasticitate de reconectare axonală şi o capacitate limitată de regenerare şi reparație a sistemului nervos chiar dacă celulele piedute nu sunt înlocuite, sunt preluate de neuroni de rezervă şi alte fibre

printr-o compensare biochimică la nivel presinaptic şi postsinaptic. Dacă o celulă septală pierde aferenţa axonală normală, alţi axoni preiau rolul creând noi conexiuni sinaptice, aceasta fiind prima evidenţă clară împotriva afirmaţiei lui Cajal. Când se pierd populaţii neuronale, se pot înlocui prin transplant de celule embrionare derivate din SNC, ameliorând substanţial simptomatologia din B. Parkinson, B. Huntington, leziuni ale măduvei spinării sau AVC.

În afecţiunile neurodegenerative ale îmbătrânirii, neuronii dopaminergici scad, fiind dependenţi de suportul trofic: BDNF (brain derived neurotrophic factor) şi GDNF (*glial cell derived neurotrophic factor*). Cele mai importante reuşite experimentale au fost implantarea de celule concepute să secrete molecule specifice de factor trofic sau transfer genetic direct. *In vivo* este dovedit faptul că în creierul adult reziduă o populaţie restrânsă de „celule stem neuronale" care-şi menţin capacitatea de divizare şi diferenţiere în neuroni şi glie.

4. Neuroendocrinologia îmbătrânirii

Toate sistemele neurotransmiţătoare interacţionează cu cele neuroendocrine şi, împreună, reglează homeostaza metabolică, funcţiile de creştere, dezvoltare şi reproductive şi influenţează comportamenul, învăţarea, statusul emoţional şi mental.

a) GH (*growth hormone*) – sintetizat de celulele somatotrofe ale glandei pituitoare anterioare, influenţează producţia de IGF-1 în ficat, ceea ce duce la creşterea masei musculare, reducerea masei adipoase, densificare osoasă şi îmbunătăţirea nivelului COL. Este *stimulat* de GHRH (growth hormone releasing hormone) şi de ghrelin, amândoi produşi de nucleii hipotalamici. Este *inhibat* de Somatostatina, hormon produs de nucleul hipotalamic anterior paraventricular nivelul de GH este maxim în adolescenţă şi scade cu aprox. 14% în fiecare decadă, proces accelerat în postmenopauză.

b) Prolactina, structural asemănătoare GH, este secretată de celulele pituitare lactotrofe controlate de neuronii dopaminergici hipotalamici; secreţia creşte dimineaţa, concentraţia ei scade gradual odată cu înaintarea în vârstă.

c) Estrogenul este controlat de LH (*luteinizing hormone*) şi FSH (*follicle stimulating hormone*), ambii fiind controlaţi la rândul lor de GnRH (*hipothalamic gonadotrophin releasing hormone*). *Scăderea nivelului de estrogen* duce la atrofia ţesuturilor asupra cărora

acționează, scădere a masei osoase, risc aterosclerotic, stări depresive, scăderea capacității de concentrare, anxietate, scăderea libidoului. Simptomatologia poate fi ameliorată și preocesele biochimice încetinite prin HRT (estrogen-containing hormone replacement therapy).

d) Testorenul, ca și estrogenul, este secretat sub influența LH și FSH, care la rândul lor sunt sub controlul GnRH; are un maxim în a 3-a decadă a vieții și scade cu aprox. 1.3%, anual andropauza este echivalentul menopauzei la femei. Concentrații scăzute de testosteron au fost corelate cu nivele ridicate de proteină beta amiloidă în B. Alzheimer.

e) Hormonii tiroidieni (T4 – *tetra-iodo-thyronine* și T3 – *tri-iodo-thyronine*) se află sub controlul TSH (*thyroid stimulating hormone*) reglează metabolismul bazal și influențează statusul psihologic și mental; în disfuncția tiroidiană în mod invariabil sunt afectate funcțiile cognitive.

f) Cortizolul este principalul glucocorticoid uman, inducând insulino-rezistența și ridicând nivelul glucozei sanguine, catabolizând proteinele și substanța osoasă și monitorizând TA stimulat de ACTH, acesta fiind controlat de CRH (corticotrophin relasing hormone) și de stres; stresul prelungit remodelează hipocampusul, ridicând nivelul de glucocorticoizi și implicit încărcătura allosterică cu efecte negative metabolice și imune odată cu înaintarea în vârtă; AVP (anginine-vasopressin) controlează homeostaza lichidelor și osmolaritatea, dar au rol și în memorie și comportament social (agresivitate, viața interlopă).

g) Melatonina are rol important în ritmul circardian, afectează calitatea somnului, starea matinală și performanțele psihomotorii.

5. Aspecte genetice ale îmbătrânirii

Indivizii cu afecțiuni progeroide (îmbătrânire prematură) prezintă un spectru de fenotipuri caracteristice îmbătrânirii, doar că la o vârstă tânără, în majoritatea cazurilor sunt prezente mutații în particular ale genelor WRN și LMNA. Sindromul Werner (WS), cauzat de mutații ale genei WRN, este caracterizat de simptomatologii variind de la osteoporoză, cataractă, DZ tip II, ateroscleroză, la cancer, dar nu pare să interfereze condiția neurodegenerativă a B. Alzheimer. Mutații ale genei LMNA par să aibă o implicare determinantă în HGPS (*very*

early onset Hutchinson-Gilford progeria syndrome). În cadrul proceselor de fosforilare oxidativă mitocondriale, în urma generării de energie se produce şi ROS (reactive oxygen species) care deteriorează ADN-ul şi alte celule macromoleculare. Nenumărate studii arată faptul că aportul caloric scăzut creşte nu numai longevitatea, dar şi îmbunătăţeşte calitatea vieţii la senectute şi reduce afecţiunile frecvente la această vârstă.

6. Farmacologia clinică a îmbătrânirii

Populația cu vârste de peste 60 de ani prezintă o prevalență ridicată a afecțiunilor cronice: afecțiuni cardio-vasculare, cancer, osteoporoză, diabet, B. Parkinson, demență și multe altele în funcție de grupa de vârstă. Între 60% – 80% dintre vârstnici iau medicație, iar între 20% – 30% dintre aceștia iau minim 3 medicamente diferite. Modificările fiziologice survenite odată cu vârsta afectează toate sistemele și organele corpului uman, inclusiv agenții farmacologici și metabolizarea lor. Odată cu îmbătrânirea, mecanismul de absorbție se poate modifica în mod diferit pentru diverse substanțe (ex. Litiul sau benzodiazepinele își mențin nemodificată viteza de absorbție, în timp ce alte substanțe prezintă o încetinire a procesului).

Majoritatea medicamentelor sunt metabolizate la nivel hepatic (clozapina, clorpromazina, etc), însă studiile nu au prezentat modificări semnificative ale acestor procese la persoanele de vârsta a treia, disfuncțiile renale datorate acțiunii medicamentoase la persoanele vârstnice pot fi potențate de prezența hipertensiunii arteriale, diabetului sau a altor afecțiuni. Timpul de înjumătățire plasmatic este, de asemenea, influențat de procesul de îmbătrânire (ex. pacienții vârstnici tratați cu amiodaronă au avut nevoie de o perioadă de timp dublă pentru eliminare față de ceilalți), evidențiind necesitatea selectivitații tratamentului medicamentos. Metabolizarea primară este încetinită o dată cu vârsta, unele substanțe – propanolol, labetalol, clormetiazol putându-și mări biodisponibilitatea din punct de vedere farmacodinamic, activitatea și afinitatea receptorală se modifică odată cu vârsta, variind și în funcție de substanța administrată. Din acest motiv o regulă generală nu poate fi enunțată.

Crește intoleranța ortostatică, dar în acest context reamintim că activitatea colinergică descrește la nivel cerebral, crește predispoziția pentru efectele adverse ale neurolepticelor.

Apare risc de ischemie cerebrală, AVC sau deces la pacienții vârstnici cărora li s-a administrat tratament antipsihotic sau antidemențial, crește sensibilitatea sistemului nervos la efectele benzodiazepinelor. O dată cu vârsta, crește atât frecvența reacțiilor adverse, cât și gravitatea lor, inclusiv gradul de risc letal.

7. Gerontologie cognitivă

Acest domeniu s-a dezvoltat rapid în anii 1950 datorită creșterii importante a psihologiei academice, cei mai importanți reprezentanți fiind americanul Birren și englezul Welford. Birren s-a ocupat de dezvoltarea psihologiei comportamentale pe baza sistemelor perceptuale și a timpilor de reacție pentru aprecierea modificărilor la nivel cerebral. Welford (în *Ageing and Human Skills* (1958), sumarizează rezultatele cercetărilor făcute în Cambridge, UK (în anii 1990 au adus și suportul imagistic și electrofiziologic al teoriilor behavioriste) pentru a putea răspunde la problemele ridicate de noile descoperiri; astfel s-a încercat dezvoltarea de algoritmi pentru a putea cuantifica progresul îmbătrânirii biologice utilizând diferiți markeri ai procesului modificărilor psihologice. Imagistica creierului *in vivo* evidențiază legătura dintre modificările senzoriale și cele cognitive prin prezentarea modificărilor de volum al creierului și irigației cerebrale și prevalența leziunilor materiei albe. Salthouse – „General Showing Theory" – starea generală a sistemului cognitiv nu numai reflectă, dar este și principalul factor al pierderii majorității abilităților mentale, așa încât măsurarea comportamentală a performanței se poate aprecia printr-un index simplu (măsurare a rezolvării de sarcini), devenind astfel centrul discuției pentru următorii 20 de ani. Horn distinge între „abilități fluide" care sunt primele afectate de îmbătrânire și „abilități cristalizate" care în absența unor procese patologice nu se degradează

8. Îmbătrânirea cronologică și funcțională

Un biomarker al îmbătrânirii trebuie să:

• prezică rata îmbătrânirii, ca urmare, trebuie să fie un factor predictor mai bun decât vârsta cronologică;

• să monitorizeze procesele de bază induse de îmbătrânire, nu de efectele patologiei;

• să poata fi utilizat repetat fără să rănească pacientul;

• să poată fi aplicat pe oameni și pe animale.

Lungimea telomerului și exprimarea p16 INK-4a sunt markerii care arată cel mai promițător statusul funcțional al sănătății legat de vârsta cronologică, patologie, nevoie de îngrijire și înțelegerea aspectelor funcționale ale îmbătrânirii.

Funcționalitatea fizică autoraportată la vârsta a 3-a nu este o unitate de măsură obiectivă, fiind influențată de o multitudine de factori, în principal obișnuința comunității – măsurarea performanțelor – testarea funcționalității fizice la vâstnici ajutând la identificarea limitărilor preclinice ale pacienților cu risc crescut de boală.

Funcțiile cognitive sunt mai relevante deoarece aprecierea declinului funcțional și fizic are și importanță socială și medicală datorată creșterii numărului de pacienți cu declin cognitiv și demență. Declinul cognitiv, ca și simptomatologia depresivă, au un rol important în dizabilitarea funcțională la vârsta a 3-a.

O problemă majoră implicată în îmbătrânirea funcțională este relația dintre viața activă și timpul petrecut în condiții patologice dezabilitante.

Se nasc conceptele de „expectanță de viață activă" sau „expectanță de viață ne-dezabilitantă".

„Compresia morbidității" – ideea de reducere a timpului de viață cu patologii multiple premergător exitusului sunt analizate asiduu în planificarea, finanțarea și asistența medicală necesare îngrijirii vârstei a 3-a.

Trebuie reținut faptul că organismul uman îmbătrânește în totalitatea sa (biologic, psihologic, social).

Dacă un deficit, indiferent de natura sa, nu aparține unei anume patologii și nu poate fi demonstrat acest lucru, atunci el trebuie considerat ca aparținând îmbătrânirii naturale.

PSIHIATRIA GERIATRICĂ JUDICIARĂ DIN PERSPECTIVE EUROPENE ŞI INTERNAŢIONALE

Nicoleta Tătaru

INTRODUCERE

Psihiatria Geriatrică (PG) este ramură a psihiatriei recunoscută în majoritatea ţărilor europene. În România, PG a fost recunoscută ca sub-specialitate în 2001. *Vârstnici* sunt consideraţi indivizii peste 65 de ani, însă această cifră variază în diferitele culturi. Interesul pentru sănătatea şi starea de bine a vârstnicilor a existat incă din antichitate, cunoscându-se câteva principii privind îngrijirea lor, precum şi schimbările mintale apărute odată cu vârsta.

Drepturile individuale nu sunt şi nu ar trebui diminuate de vârstă sau boală.

Psihiatrii trebuie să facă faţă la serioase provocări etice şi medicale în îngrijirea bolnavilor psihici vârstnici cu sau fără demenţă, asigurându-le cea mai bună calitate a vieţii, pe cât este posibil, până la sfârşitul vieţii. Bolnavii cu demenţă sau alte boli psihice sunt deseori neglijaţi, sau primesc o îngrijire sub-optimală. (Tataru, N. 2005)

Problema etică care apare în orice formă de demenţă este cînd şi cine ia decizia de a transfera pacientul într-un centru de nursing şi de a reduce programul terapeutic cu droguri scumpe. Principiile etice în terapia demenţei: informarea atentă a pacientului despre diagnostic de teama suicidului, informarea aparţinătorilor, spitalizarea cât mai scurtă numai pentru iniţierea programului terapeutic, evitarea cât mai mult posibil a transferului în centre de *nursing*, îmbunătăţirea calităţii vieţii. (F. Gestenbrand et al 2005)

Îmbătrânirea şi problemele legate de vârstă

Pentru o mai bună înţelegere a vârstei înaintate normale şi patologice şi a problemelor care apar odată cu ea, trebuie să înţelegem dezvoltarea biologică şi psihologică a vârsticilor. Imbătrânirea este

văzută ca o perioadă de declin, nu ca o dezvoltare continuă. În ultima decadă însă, tot mai multe studii au schimbat vechea concepție, vorbind despre îmbătrânirea de succes sau *successful ageing*, iar noile teorii despre neuroplasticitate aduc o viziune optimistă asupra acestui stadiu din evoluția omului. (Cohen G. D. 2006)

Circumstanțe diferite a vârstnicilor față de restul populației

Îmbătrânirea normală este însoțită de multe boli somatice. Bolile psihice sunt comune și diagnosticarea lor destul de dificilă; demența este însoțită de incapacitate intelectuală progredientă, declinul fiind progresiv. Vârstnicii, în special când sunt bolnavi sunt considerați a fi *non-contributori* în societate, dependenți de ajutorul altor persoane și vulnerabili în fața cruzimii și a exploatării celorlalți.

Stresul la vârsta înaintată

Multiplele pierderi (moartea rudeniilor apropiate sau a prietenilor, declinul sănătatii, pierderea statutului și rolului, sau schimbarea lor, scăderea nivelului economic, pierderea independenței, a securității locuinței) duc la scăderea calității vieții și la intensificarea problemelor de sănătate mintală ale vârstnicilor. (Oppenheimer, C. 1999; Tataru, N. 2005; Tataru, N. 2009)

Probleme emoționale ale vârstei a III-a

Pierderile sunt teme predominante și depresia este un răspuns la aceste pierderi, manifestată prin scăderea apetitului și tulburări de somn, scăderea interesului, sentimentul de inutilitate a vieții, deteriorarea memoriei și a cogniției, iritabilitate.

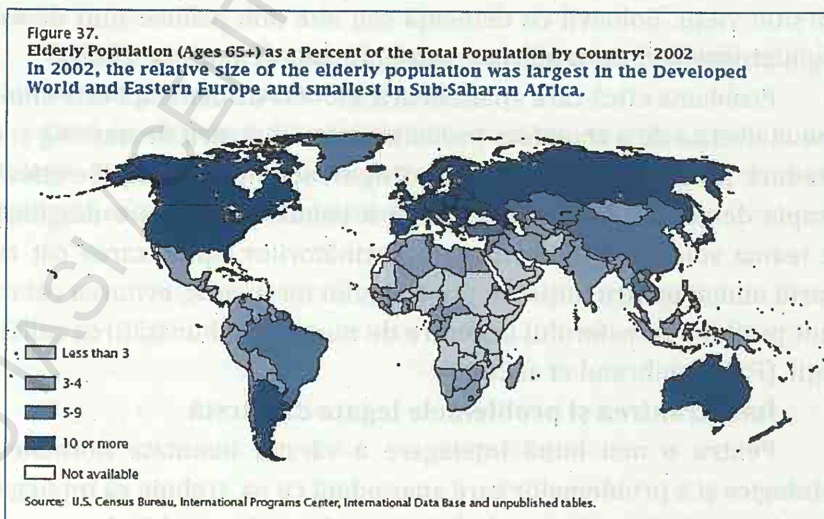


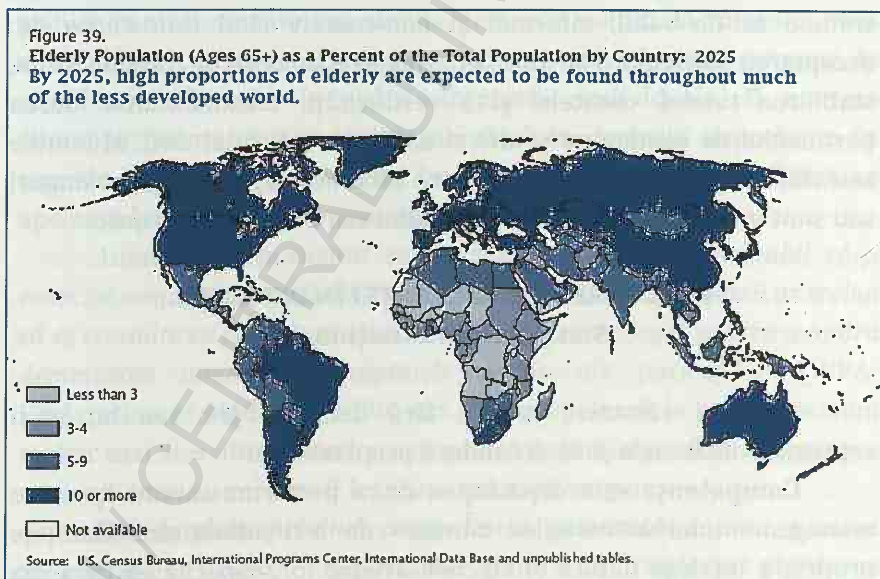
Figure 37.
Elderly Population (Ages 65+) as a Percent of the Total Population by Country: 2002
In 2002, the relative size of the elderly population was largest in the Developed World and Eastern Europe and smallest in Sub-Saharan Africa.

Source: U.S. Census Bureau, International Programs Center, International Data Base and unpublished tables.

În țările est europene, 10-12% din populația generală sunt persoane în vârstă peste 65 de ani (in Turcia sunt numai 6%, Macedonia 8,5%), România 14 %, compartiv cu Northwest Europa 14-16% sunt peste 65, şi în USA 10%, Canada 9%, dar în Japonia numai 7%, în India 2-3%)

În 2025, se estimează că numărul persoanelor care vor suferi de demență va creşte la 34 milioane, din care peste 20 mil vor fi în Asia. (WHO).

În 1990, 58% din populația peste 60 de ani locuia în țările dezvoltate, iar în 2020 se va ajunge la 67%. Schimbările demografice vor fi acompaniate de schimbări în organizarea socială şi în viața familială, va creşte populația în zona urbană şi va scădea suportul familial obținut azi în familia tradițională de trei generații.



PSIHIATRIA GERIATRICĂ ŞI DREPTURILE OMULUI

Odată cu creşterea prevalenței demențelor, creşte şi importanța expertizei medico-legale cerută în cazurile persoanelor cu deficit

cognitiv implicate în diferite situaţii care ating graniţele dintre psihiatrie şi lege (Tătaru, N. 2008).

Discernământ, responsabilitate şi competenţă

Societatea este în egală măsură interesată în menţinerea autonomiei şi bunăstării cetăţenilor vârstnici şi totodată în protejarea acestora de violenţa şi cruzimea celor din jur, precum şi de riscul de a fi abuzaţi datorită capacităţilor lor cognitive în declin.

Discernământul (*mental capacity*) este evaluat prin expertiză de o comisie medico-legală psihiatrică, după o examinare clinică psihiatrică şi psihologică. Expertiza decide dacă persoana examinată este sau nu *competentă*, are sau nu *discernământ* (discernământ abolit, sau parţial abolit) din cauză de boală mentală, sau neurologică. Persoana incompetentă nu poate înţelege, aprecia sau/şi decide activităţile şi problemele care apar în viaţa de zi cu zi.

Discernământul, responsabilitatea şi *competenţa* devin importante în îngrijirea vârstnicilor cu boli mintale. Consimţământul trebuie să fie valid, informat şi non-coerciv cînd este vorba de: acceptarea participării la studii în cercetare, acceptarea tratamentului, stabilirea tutelei, curatelei şi a veridicităţii testamentului, luarea permisului de conducere şi alte situatii privind codul civil, al familie sau chiar codul penal. Apar probleme când aceşti pacienţi sunt singuri sau sunt în conflict de interese cu familia sau cei care îi îngrijesc.

EVALUAREA COMPETENŢEI ÎN DEMENŢE.
Standarde Internaţionale

Pacienţii vârstnici cu sau fără demenţă pot sau nu să-şi reprezinte interesele şi să-şi conducă propria viaţă.

Competenţa este capacitatea de: a performa sarcini specifice managementului activităţilor zilnice, de a-si administra finanţele proprii, a înţelege natura şi efectele actelor lor, capacitatea de a lua decizii, fiind bine informaţi în privinţa tratamentului medical şi/sau a viitorului (*informed consent, advance directives)* (Stoppe G. 2008; Tătaru N. 2008; Baker Rodney R. 1998).

În 2009, Secţia de psihiatrie geriatrică a WPA a elaborat un *consensus statement*, care se referă la problemele etice şi competenţa bolnavilor vârstnici cu tulburări psihice (Katona C., Chiu Ed. et al 2009), după ce în 2003, împreună cu EAGP, WHO, IPA, AEP au elaborat

'*Development of Strategies, Policies and Actions in Education and Training in Old Age Psychiatry in Europe*', focusat pe educație, trainig, curriculum și relația psihiatriei geriatrice cu celelalte subspecialități ale psihiatriei, printre care și psihiatria legală (Gustafson L, Burns A. et al 2003).

Competența este un termen juridic, care înseamnă a avea suficientă capacitate, abilitate, autoritate, în timp ce *discernământul* (*mental capacity*) este un termen funcțional însemnând capacitatea individului de a lua decizii și de a performa anumite acte, abilitatea de a înțelege natura și efectele actelor sale (Legea Sănătății Mintale 2002, Art 5; Guvernul României, Ministerul Sănătății, 2006).

Expertiza medico-legală psihiatrică decide dacă pacientul este *competent* sau *non-competent* (*Art. 948, Cod Civil, competență, non-competențăută,, care poate fi și fluctuantă,* recunoscută în unele țări din Europa.)

Dacă discernământul și competența bolnavilor cu tulburări psihice sunt diminuate sau abolite de boala psihică, la vârstnici fiind vorba deseori de deteriorare cognitivă, se instituie imediat sistemul de *tutelă-curatelă,* care le apără drepturile individuale. O a treia persoană, tutore (*proxy decision maker*) ia deciziile importante în numele bolnavului, în interesul lui, sau acolo unde este legiferat, se apelează la *instrucțiuni în avans* (*advance directives).*

Atunci când pacientul este incompetent și/sau incapabil să-și exercite propria judecată din cauza unei boli mintale, psihiatrii ar trebui să se consulte cu familia sau cu cei care îi îngrijesc legal, pentru a apăra demnitatea umană și drepturile legale ale pacienților' (WPA-Declaration of Madrid – 1996, Art. 4). Se apelează la proxy decision maker mai ales atunci când acești pacienți sunt în conflict de interese cu familia sau cu cei care îi îngrijesc sau sunt singuri.

Standardele privind competența generală a unui pacient sugerează ca fiind importante pentru a constata pierderea discernământului, următoarele aspecte:

- conștientizarea situației;
- orientarea temporo-spațială și la propria persoană;
- înțelegerea consecințelor (memorie, judecață, gândire);
- aprecierea consecințelor unor situații ipotetice (memorie, orientare, funcții intelectuale);
- alterarea judecății:

• deteriorare intelectuală;
• tulburări afective;
• imaginația și funcționarea în mediul său înconjurător (Appelbaum P.S., Gutheil T. G. 1991, 2007).

Competențe specifice cuprind *capacitate testamentară, capacitate contractuală, mariaj, divorț, capacitate de donație, capacitatea financiară, capacitatea de a-si menține serviciul, capacitate de conducere auto* precum și *capacitatea de a-și exercita dreptul la vot și capacitatea de a exercita o înaltă funcție publică.* Codul Civil și Codul Familiei se ocupă de problemele ridicate de competențele specifice. În România nu avem standarde sau teste speciale pentru evaluarea competenței financiare sau alte competențe specifice.

Directivele în avans (advance refusal, advance statement* or *living wil)

*S*unt instrucțiuni date de vârstnici în avans, privind tratamentul și îngrijirea lor în stările terminale, înainte de a suferi sau nu o deteriorare cognitivă și a deveni incompetenți. Printr-un asemenea act, bolnavul cu demență poate să-și exercite dreptul său la auto-determinare.

Advance directive, este un act important pentru a ne asigura că pacientul consimte sau nu un anumit tratament sau îngrijire, cămin, azil, când el nu mai este capabil s-o facă, nemaiavând discernământ. Pentru ca o *advance directive* să fie validă, trebuie ca persoana să aibă discernământ în timpul semnării actului (Spar, J. E. and Garb, A. S. 1992; Appelbaum, P. S. 1991; Georges, J. 2005).

Advance directive, este un document folosit nu numai în apărarea autonomiei și a demnității pacienților și pentru a proteja drepturile lor, ci și pentru a proteja profesioniștii care tratează acești pacienți. Pot semna o directivă în avans persoanele cu deficit cognitiv sau nu, dar cu discernământ, bolnavi cu demențe ușoare și moderate. O *directivă vorbită* poate fi luată în considerare pentru a evita disconfortul și tulburările anxioase de moment, în oricare stadiu al demenței.

Bolnavii vârstnici cu sau fără demență pot da două feluri de directive în avans: *proxy advance directive* ex. procură durabilă pentru îngrijire medicală și *instrucțiuni pentru tratament* și pentru diferitele *activități zilnice.*

Deciziile zilnice pot fi personale, financiare, aranjamente de îngrijire medicală şi tratament, acceptare şi implicare în studii şi cercetare.

Deciziile luate la sfârşitul vieţii pot fi luate în aspecte ce privesc: îngrijiri paliative şi de prelungire a vieţii, managementul durerii, plasament pentru îngrijire instituţională, continuarea sau întreruperea tratamentului, respiraţie artificială, resuscitare (Georges J., 2005).

După cum reiese dintr-un studiu efectuat de *Asociaţia Alzheimer Europe,* numeroase state Europene au introdus în legislaţia lor dreptul la auto-determinare a pacienţilor în ceea ce privesc deciziile medicale. Astfel în Austria directivele în avans au devenit obligatorii din 1957, în Finlanda şi Olanda dorinţele unei persoane dinaintea pierderii capacităţii, trebuiesc luate în considerare de tutore sau de cel ce ia decizii în numele său. În ţări ca Ungaria, Belgia, Georgia, Estonia, Danemarka, Luxemburg, UK există legi care asigură pacienţilor dreptul de a-şi exprima dorinţele proprii pentru tratamentul medical înainte de a deveni incapabili să o facă (Georges, J. 2005).

Respectul pentru dorinţele şi interesul bolnavilor vârstnici ar trebui să ghideze aceste decizii. Când dorinţele bolnavului sunt opuse dorinţelor familiei, se cere şi opinia doctorului curant. Pe de altă parte când se decide asupra îngrijirii şi tratamentului unui vârstnic, care a lăsat sau nu instrucţiuni înainte, trebuie deasemenea să se ţină cont de consideraţii culturale, spirituale, religioase şi valori familiale. Bolnavii au dreptul legal de a decide singuri asupra tratamentului şi îngrijirii, de a decide unde să locuiască, atâta timp cât sunt capabili să facă acest lucru.

La nivel filozofic, aceste decizii luate în avans de bolnavii cu demenţă ridică probleme asupra indentităţii persoanei care a luat decizia şi persoana de acum, dacă nevoile şi dorinţele individului de atunci se suprapun cu cele ale celui care este acum (*then-self* vs *now-self*) (Dresser R. 1995, Cohen C. 2004, Furberg E. 2011, Katona C., Chiu E. et al 2009 – Consensus).

Unele dintre *dilemele* ridicate de aplicarea instrucţiunilor în avans:

Ar fi greşit să ţinem cont de o *directivă în avans* dacă cel care a scris-o are acum alte sentimente, nevoi, dorinţe?

Familia, anturajul sau profesioniştii ar trebui sau nu să intervină în cazul în care bolnavul ia decizii greşite?

Dreptul la viaţă versus dreptul la moarte în demnitate, aduce cu sine numeroase dileme etice. Dorinţa de a muri a persoanelor vârstnice este în dezbatere. Ne întrebăm dacă dorinţa de a muri este naturală, normală la bolnavii vârstnici, dacă ar trebui respectat dreptul de a se sinucide, dacă intenţiile suicidare ale bolnavilor în vârstă sunt întodeauna expresii ale bolii mintale şi necesită îngrijire şi tratament, sau nu? (Tătaru, N. Catania 2007).

Consimţământul trebuie să fie valid şi informat pentru cunoaşterea diagnosticului, acceptarea sau refuzul tratamentului, acceptarea sau refuzul de a participa la studii de cercetare sau pentru acceptarea sau refuzul unui tratament într-o instituţie specializată (nursing). Consimţământul pacientului este legat de demnitatea umană, libertatea personală şi autonomie. Vârstnicii cu demenţă pot avea *discernământul diminuat* pentru a lua o decizie în privinţa tratamentului şi deci nu sunt competenţi pentru a da un *consimţământ informat.*

Pacienţii trebuie să fie informaţi cu grijă despre diagnostic şi nevoia şi riscurile tratamentului pentru a evita reacţiile depresive şi riscul de a se sinucide. În acelaş timp trebuie să dăm informaţii întregi aparţinătorilor. Trebuie să fim siguri că pacienţii înţeleg beneficiile, riscurile şi alternativele tratamentului sau ale absenţei sau a întreruperii lui. Informaţiile date trebuie să fie adevărate, confidenţiale şi sincere, cu respectarea intereselor pacienţilor în faţa intereselor celor care ii îngrijesc. Pacienţii trebuie să aibă dreptul de a refuza tratamentul când ei cred că le va fi compromisă calitatea vieţii, trebuie să aibă *dreptul să moară* cu demnitate!

În România *euthanasia pasivă* este ilegală ca şi în cele mai multe ţări Europene. Este acceptată numai renunţarea la terapia maximală. Decizia *de a nu trata* în contextul unei boli incurabile, permiţând astfel morţii să se întâmple, trebuie luată cu grije şi în lumina respectării drepturilor şi demnităţii bolnavului. Când şi cine ia această decizie? (Tătaru, N., Catania 2007, N. Tătaru, Istanbul 2007) .

Ne întrebăm adeseori care este decizia cea mai bună, în interesul bolnavului, de a continua sau de a întrerupe tratamentul de lungă durată. Conform *Jurământului lui Hipocrate,* pacientul trebuie tratat în respectul demnităţii, dar *nu supra-tratat* (acum, cu toate metodele

tehnicii moderne) numai pentru a prelungi o viață de proastă calitate. De ex., resuscitarea în demența severă este greșită deoarece sugerează o atitudine neadecvată față de condiția ființei umane atunci când este pusă față în față cu moartea inevitabilă (Julian C Hughes and Stephen J Louw)

Ahmet Okasa, se întreba în 2005, dacă medicina trebuie numai să salveze viața sau să ofere o mai bună calitate a vieții, fericire și bunăstare. Ar trebui să asigurăm pacienților noștri o viață mai bună sau numai sigură? *Menținând pe cineva în viață, nu este acelaș lucru cu a-l face să se simtă mai bine* (Okasa A, Cairo 2005).

ASISTENȚĂ LEGALĂ ŞI REPREZENTARE

Tutelă, curatelă, procură

Discernământ diminuat sau *parțial diminuat – pacient non-competent* pus sub interdicție- tutelă totală sau *parțială-curatelă.*

Codul Familiei definește *tutela* totală (*legal guardianship*) și condițiile de instituire ale acesteia, după o evaluare de către o comisie de expertiză medico-legală psihiatrică, care pune diagnosticul unei boli psihice sau disabilități și pune sau nu sub interdicție persoana respectivă. Există două feluri de tutelă: tutela financiară și tutela individului. În UK, numai tutela individului poate fi efectuată de un membru din familia bolnavului, tutela financiară este efectuată doar de un avocat sau un reprezentant al unei bănci.

Tutela parțială-curatela, este definită de *Codul familiei.*

Procura (power of attorney) – acoperă cazurile de incapacitate temporală, ca o alternativă la tutelă. Nu necesită evaluare și expertiză medico-legală psihiatrică.

Aplicarea Codului Penal la vârstnicii care au comis un delict, o faptă penală se referă la: competența la momentul efectuării faptei, delictului, competența procedurii și puterea de înțelegere, competența de a fi martor, jurat (în țările unde se uzează acest procedeu), molestarea copiilor, abuz, neglijare, suicid – autopsie psihologică, suicid asistat de medic. Implicarea gerontopsihiatrului în tratamentul, îngrijirea și expertizarea bolnavilor psihici infractori intrați în sistemul judiciar, precum și implicarea psihiatrilor în etică sunt

probleme importante ce se pun azi în fața psihiatrilor și geronto-psihiatrilor (Rosner R. 2003; Sprehe, D.J. 2003).

Examinarea psiho-geriatrică medico-legală

Implică o *examinare clinică, psihologică, paraclinică* de rutină în cazurile suspecte de deteriorare congnitivă, în special demențe, pseudo-demențe, delirium, boli cu debut brusc cu deterioarare progresivă, stări confuzive fluctuante, deficiențe focale.

Vârsta înaintată și comportamentul excentric sau violent, NU înseamnă automat incompetență (vezi Sofocle și *succesful ageing*, atunci când, fiind la 90 de ani, fiul său cerea unui tribunal să-l pună sub tutelă, Sofocle s-a aparat recitând pagini întregi din operele sale).

Aspecte psihologice speciale ale vârstnicilor, de care trebuie să ținem seama în timpul interviului: reticențe privind problemele financiare, reticențe privind relațiile de familie, convingeri religioase și politice puternice, negarea morții, frică de a fi abandonați sau de a fi duși la azil, idei hipocondriace cu agravarea simptomelor, așteaptă să fie aprobați, ritmul întrebărilor trebuie ajustat la fluxul ideatic al vârstnicului. (Katona C., Chiu E.et al 2008; Tom Arie 1996)

Examinarea psihologică medico-legală gerontopsihiatrică trebuie să cuprindă: *Orientation-Memory-Concentration Test, Mini-Mental-State-Examination, Mattis dementia Rating Scale*, evaluarea funcțională (*Mental Status Questionnaire), Assessment of Organic Deficit in Elderly Patients, Inventory of activities of daily living, ADL și IADL* (Sprehe D.J. 2003)

Unul dintre cele mai frecvente teste care au importanță în definirea incapacității, este *Scala Katz pentru ADL/IADL*, prin care se urmărește dacă bolnavul poate să-și prepare singur mâncarea, să-și facă patul, să se urce și să se dea singur jos din pat, sa umble singur, să se spele și să se îmbrace singur, să folosească singur toaleta, să facă curățenie în casă, să-și spele singur rufele și să-și facă singur cumpărăturile (Katz S. 1983).

Standarde în România

Competență, responsabilitate, discernământ

Psihiatrii experți, care sunt implicați în evaluarea competenței și discernământului trebuie să facă față la probleme majore precum lipsa unor modele conceptuale de evaluare, schimbarea frecventă a

contextului legal, lipsa unui consens al definițiilor și al tehnicilor de evaluare a competenței la vârstnici, atât a competenței generale cât mai ales a celor specifice. În România nu folosim încă *instruțiunile în avans (advance directives).*

Principalele dileme etice *în formele de demență* sunt: decizia de a reduce programul terapeutic cu droguri scumpe, decizia asupra timpului când să fie transferat pacientul într-o instituție specializată (azil, spital de cronici, nursing), reguli de confidențialitate, tratament psihiatric vs control social, de la nevoile pacienților la drepturile pacienților, nevoile sociale vs. respectul drepturilor omului, reglementări legale și etice în medicină, tratamente și îngrijiri paliative – euthanasie pasivă – maximă terapie.

Psihiatria judiciară geriatrică nu există încă sub forma unei subspecialități nicăieri în lume, din considerentul că sunt prea puțini vîrstnici care comit fapte penale. Singura atitudine ce se cere este să se dea mai multă atenție nevoilor vârstnicilor, mai ales nevoilor de sănătate mintală.

Trebuie să îmbunătățim calitatea standardelor de îngrijire, în special cele ce se referă la nevoile elementare și calitatea vieții. Nivelul socio-economic scăzut datorat problemelor economice pe care le au în zilele noastre bătrânii bolnavi psihici sau nu, alături de nivelul de civilizație, influențează calitatea reabilitării și calitatea vieții pacienților noștri, precum și prevalența bolilor psihice la această vârstă.

Psihiatrul legist se află adesea între ceea ce poate fi drept din punct de vedere legal și ceea ce poate fi drept din punct de vedere etic. Lipsa bolii nu este egală cu sănătatea, întrucâtbunăstarea și fericirea sunt necesare de asemenea (Tătaru N. 2007, 2008, 2009).

PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ ÎN ROMÂNIA ȘI ÎN BALCANI, CONFORM STANDARDELOR EUROPENE ȘI INTERNAȚIONALE

Nicoleta Tătaru

1. INTRODUCERE

În țările Balcanice, ca și în celelalte țări, *psihiatria legală* este interfața între sănătatea mintală și lege, ocupându-se de îngrijirea și tratarea bolnavilor cu tulburări psihice care datorită comportamentului lor agresiv au comis fapte penale, trecând astfel în sistemul judiciar. Psihiatriei medico-legale din țările noastre i se cere să adere la aceleași principii etice și reguli admise de medicina generală, precum și la reglementările legale internaționale.

Legislația din țările Balcanice, țări care au fiecare o legislație proprie, trebuie să respecte mandatele și principiile internaționale privind drepturile omului și protejarea persoanelor cu boli psihice în întreaga societate, inclusiv în mediul corecțional, aderând la toate reglementările legale internaționale ale ONU, OMS și UE. (Tătaru, N., Marinov, P. Et al 2010)

Cele mai importante principii care derivă din această legislație se referă la respectarea demnității omului și recunoașterea drepturilor civile ale bolnavilor psihici egale cu a altor persoane.

Conform *Declarației de la Madrid, 1996*, tratamentul bolnavilor psihici trebuie să fie întotdeauna în interesul bolnavului, să se facă numai cu acceptul său, în respectul demnității și drepturilor sale legale și umane. (WPA Declarația de la Madrid, 1996)

Societatea este egal interesată în menținerea autonomiei și stării de bine a cetățenilor săi, precum și în protejarea lor față de riscurile și pericolele cauzate de bolnavii, care datorită bolilor lor psihice pot deveni periculoși pentru cei din jur.

Psihiatrii legişti din ţările Balcanice ca şi cei din celelalte ţări sunt implicaţi în: îngrijirea bolnavilor psihici care au comis o faptă penală şi sunt închişi în penitenciare sau închisori, având un grad mare de periculozitate, precum şi în îngrijirea şi tratamentul acelor bolnavi, care după comiterea faptei penale sunt găsiţi nevinovaţi din cauza bolii psihice, fiind internaţi în spitale pentru măsuri de siguranţă (*not guilty by reason of insanity*).

2. PRACTICA PSIHIATRIEI JUDICIARE ÎN CÂTEVA ŢĂRI DIN BALCANI

PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ ÎN BULGARIA

Psihiatria legală are o tradiţie lungă in Bulgaria. Primii psihiatri care s-au ocupat de această disciplină în Bulgaria sunt D. Vladov (monografie despre homicide şi patologia mentală), Stefan Danadjiev (unul din fondatorii *Academiei Bulgare de Ştiinţă*, 1902), Nikola Schipkowensky, lider al psihiatriei forensice între cele 2 războaie mondiale (faimoase studii despre criminalii schizophreni), Petko Dontchev şi Vladimir Velinov, au fondat Clinica Universitară de Psihiatrie Judiciară. Azi sunt 12 specialişti în psihiatria legală, din care mai renumiţi sunt P. Petkova, J. Vassileva, P. Marinov, R. Borisov, D. Topouzova. În Bulgaria a fost publicat recent un manual de Psihiatrie forensică. (Marinov, P. and Velinov, V., 2009)

Psihiatria Judiciară este recunoscută ca subspecialitate a psihiatriei în Bulgaria în 2005, iar în 2007, a fost transformată în specialitate separată. Sunt 12 specialişti în psihiatrie forensică, dar Legislaţia permite tuturor psihiatrilor specialişti să întocmească rapoarte psihiatrice pentru Tribunal. Nu sunt delimitări clare în lege între cele două specialităţi. Există încă obstrucţii împotriva specialităţii de psihiatrie judiciară. (Velinov VT, Marinov PM., 2006)

Arii de expertiză şi evaluare a psihiatriei legale în:

• *health legislation* – evaluarea violenţei şi a comportamentului agresiv şi autoagresiv, ceea ce duce la recomandări de internare şi tratament obligatoru

• *criminal law* – responsabilitate – iresponsabilitate, capacitatea de a înțelege fapta și urmările sale (*capacity to stand trial*).

• *civil and family law* – sunt evaluate diferite tipuri de competențe speciale sau globale.

Art. 275 Bulgarian Civil Code definește incompetența limitată sau globală.

Structura serviciilor de psihiatrie judiciară în Bulgaria: University clinical unit of forensic psychiatry – in Sofia; Forensic psychiatric unit – în Varna; Spitale de maximă siguranță prntru infractorii care au comis acte penale în Lovech; *Prison mental health unit* – plasată în închisoarea din Lovech. Unii bolnavi cu suferințe psihice sunt admiși în unități de securitate medie, spitale obișnuite de psihiatrie, aflate în mai multe orașe din țară (Marinov P, Velinov V. 2009).

Prison Law

Există o lege sanitară pentru bolnavii din medico-legală psihiatrică a bolnavilor încarcerați, care sunt la primul episod psihotic sau suferă de o boală mintală severă. Procurorul are obligația de a cere expertiza medico-legală psihiatrică.

Art. 40 Cod Penal (promulgat în 1968, amendat în 2005), reglementează internarea obligatorie a bolnavilor cu afecțiuni psihice severe în spitale de psihiatrie sau în spitalul de psihiatrie al închisorii. *Departamentul de sănătate mintală al Spitalului* din închisoarea din Sofia – este parte din *Departamentul de Interne al Spitalului*, reprezentând 5% din totalul capacității spitalului pentru bolnavii cu afecțiuni psihice (tulburări de personalitate, dependență de droguri, depresii și tulburări psihotice). Spitalul închisorii Lovech (*Lovech prison hospital)*, care ține de închisoarea din Sofia, primește bolnavi transferați de la această închisoare. Sunt tratați aici cam 200 bolnavi anual. Conform cu *'Regulation for medical service in prisons'*, bolnavii considerați prin decizia judecătorului că nu pot sta în închisoare și au nevoie de tratament psihiatric sunt trimiși la Spitalul din Lovech pentru tratament obligatoriu.

Probleme importante de asistență psihiatrică în spitalele din închisori în Bulgaria: insuficiența programelor de îngrijire, lipsa programelor de reabilitare și reintegrare în comunitate, lipsa unei legi financiare care să asigure fondurile necesare.

PSIHIATRIA FORENSICĂ ÎN GRECIA

În Grecia există numai un singur profesor de psihiatrie forensică (membru al Academiei) în Athens University Medical School, în ciuda contribuțiilor importante din trecut. A existat anterior o poziție academică în psihiatria forensică la University of Thrace. Departamentul de *Forensic Psychiatry* face parte din *the 2nd Psychiatry Department* Athens University Medical School.

Athens University Medical School – are un curs post-universitar de Psihiatrie Judiciară, împreună cu Universitatea din Thessaloniki și Universitatea din Thrace. Interesul în psihiatria judiciară este relevat și de numeroasele publicații care au apărut în ultimii ani. (Douzenis, A., Lykouras, L. 2008; Giannopoulou, I., Douzenis, A., Lykouras, L. 2009)

Psihiatrilor legiști din Grecia nu li se permite accesul în închisori, Ministerul de Justiție a rejectat numeroase aplicații pentru studii de cercetare ale Universității din Atena.

Decizia dacă un bolnav este sau nu *responsabil, 'not guilty by reason of insanity',* este luată de judecător și duce la internarea obligatorie a celor găsiți *iresponsabili.*

Sistemul legal Grecesc, recunoaște că nu toate cazurile sunt *'black or white'* și în *Section 36,* este specificat că este posibil ca cineva să fie doar *parțial iresponsabil ('partial not guilty')*, ceea ce duce la o pedeapsă mai usoară.

Asociația Elenă de Psihiatrie (EPSE), are o Secție de Psihiatrie Forensică cu 120 de membrii, care organizează seminare și conferințe în Atena și alte orașe din Grecia și promovează cercetarea în domeniu. Secția de Psihiatrie Forensică a EPSE, publică un jurnal care este trimis tuturor psihiatrilor gratuit.

Psihiatrii sunt chemați la Tribunal ca *martori – experți* în instanță pentru stabilirea diminuării sau absenței responsabilității, pentru stabilirea competenței, în probleme privind *Codul Penal* cât și *Codul Civil și al Familiei*, competențe financiare, testamentare, custodia copilului, advance directives, etc. Psihologii sunt și ei chemați în Instanță ca *martori-experți*, cu toate că în Grecia nu este încă stabilit statutul de psiholog judiciar.

PSIHIATRIA FORENSICĂ ÎN MACEDONIA

În Macedonia *Psihiatria Forensică* are o istorie mai veche de 40 de ani.. Psihiatrii fondatori sunt: Petar Fildisevski, Ljubisha Novotni (author al manualului *'Forensic Psychiatry')* şi Predrag Kirovski, profesori de psihiatrie, pioneri ai colaborării profesionale între sistemul legal şi serviciile de sănătate mentală.

Facultatea de Medicină din Skopje are înscris în *Curriculum* pentru specializarea în psihiatrie 4 luni de training în psihiatria forensică şi un program de 2 ani de specializare pentru subspecialitate în psihiatrie forensică.

Pe lângă departamentul de Psihiatrie Forensică al Clinicii Psihiatrice Universitare din Skopje, mai sunt trei spitale mari de psihiatrie, care au secţii de psihiatrie forensică, care eliberează la cererea tribunalului, rapoarte de expertiză medico-legală psihiatrică efectuate în urma examinării bolnavilor psihici care au comis fapte penale.

PSIHIATRIA FORENSICĂ ÎN SERBIA

În Serbia sunt patru Universităţi Medicale: Belgrade, Novi Sad, Nis şi Kragujevac şi toate au câte un *department de psihiatrie forensică.*

Forensic Psychiatry Hospital din Belgrade, înfiinţat de Ministerul de Justiţie are 550 paturi şi 25 de psihiatri şi cîteva departmente: departament cu bolnavii care au comis acte penale din cauza unor serioase tulburări psihiatrice şi au fost declaraţi iresponsabili, departament pentru bolnavii care necesită tratament obligatoriu al dependenţei de alcool şi alte droguri, departament pentru expertizele psihiatrice cerute de tribunal.

Bolnavii care au comis crime serioase sunt expertizaţi în *Forensic Hospital Belgrade*, unde sunt condiţii de spitalizare (în jur de 200 pacienţi/ an). În *Medical Schools*, sunt condiţii doar pentru expertizele efectuate în ambulator: examinări ale pacienţilor care au comis delicte mai puţin grave, sau examinări ce depind de Codul Civil.

Specializarea în psihiatria judiciară se face în *Medical Schools*, unde sunt organizate cursuri post-universitare cu practică în departamentele de psihiatrie forensică a acestor clinici universitare.

PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ ÎN ROMÂNIA

În România, istoria protecției drepturilor omului și a demnității persoanelor cu tulburări psihice începe cu primele mențiuni scrise din secolele 16 și 17, prin care Neagoe Basarab, Domn al Țării Românești și Vasile Lupu, Domn al Moldovei, transmit instrucțiuni urmașilor cum să fie judecați și tratați nebunii și simulanții.

În România, psihiatria judiciară nu este recunoscută ca specialitate, toți psihiatri având ca arie a activității atât serviciile de psihiatrie generală, cât și cele implicate în sistemul judiciar. Psihiatrii au în grijă tratamentul tuturor bolnavilor psihici cu sau fără fapte penale, inclusiv tratamentul celor aflați în sistem corecțional.

Psihiatria generală furnizează medici care lucrează în psihiatria judiciară, care nu participă ca martori-experți în instanță, participă la evaluări și expertize medico-legale psihiatrice, cerute de Tribunal (privind *competența, iresponsabilitatea și discernământul),* lucrează în spitale de psihiatrie generale și speciale pentru măsuri de siguranță și de maximă siguranță (Penitenciarului Jilava).

Ariile de expertiză și evaluare ale psihiatriei judiciare, ca și în celelalte țări, se referă în primul rând la evaluarea comportamentului agresiv și auto-agresiv, evaluare ce duce la recomandări de internare și tratament obligatorii.

Mai sunt două arii importante în care se implică expertiza legală psihiatrică, care țin de:

Codul Penal: responsabilitate – iresponsabilitate, capacitatea de a înțelege fapta și urmările sale.

Codul Civil și Codul Familial: competența globală, competențe speciale (testamentară, de conducere auto, de custodia a copiilor, mariaj, divorț, etc.).

Pierderea sau diminuarea discernământului și competenței bolnavului cu tulburări psihice din cauza bolii psihice, duce la instituirea sistemului de *tutelă-curatelă,* sistem care apără drepturile individualeale ale bolnavului, o a treia persoană (tutore – *proxy decision maker*) luînd deciziile importante în numele și interesul său. (Romilă, A. 1976; Tătaru, N. et al, 2010; Katona C., Chiu E.et al, 2009; Tataru, N. 2008; Baker Rodney R.1998).

Tratament medical psihiatric obligatoriu

Internarea obligatorie a unui bolnav psihic într-un serviciu de psihiatrie sau instituirea tratamentului obligatoriu în ambulator în România ca şi în celelalte ţări, este motivată de starea şi evoluţia bolii sale şi de gradul de periculozitate şi risc a comportamentului său. (Tătaru, N. et al, 2010)

În România, standardele, reglementările şi practicile privind internările obligatorii în spitale de psihiatrie a bolnavilor psihici consideraţi periculoşi pentru societate şi/sau pentru ei însăşi, s-au schimbat de trei ori după Al II-lea Razboi Mondial (1965, 1980, and 2002). Între 1965-1980, tratamentul obligator în spital şi ambulator era sub incidenţa *D12, 1965*, care este schimbat în 1980 cu *D 313* şi *D 314.*

În 2002, o dată cu noua Lege a Sănătăţii Mintale, s-au îmbunătăţit prevederile *D 313 şi D 314* (1980) privind tratamentul obligatoriu ambulator sau spitalizat, nonvoluntar, pentru prevenirea comportamentului periculos al bolnavilor cu suferinţe psihice.

Tratamentul obligatoriu se instituie pe de o parte pentru a apăra societatea de comportamentul agresiv al bolnavilor periculoşi şi pe de altă parte, pentru a proteja viaţa bolnavilor cu idei de suicid sau cu autoagresiune. (Romilă, A. 1976)

Tratamentul obligatoriu sau non-voluntar poate fi instituit prin spitalizare sau în ambulator:

1. ***Internarea non-nvoluntară,*** poate fi instituită:

• în urgenţă psihiatrică

• ca o măsură aplicată în urma sentinţei judecătoreşti, dacă bolnavul a faptuit o faptă penală.

• internarea obligatorie a bolnavilor psihici care nu au faptuit acte penale, dar au un comportament agresiv sau auto-agresiv, fiind periculoşi pentru societate sau pentru ei insăsi, reglementată prin *Legea Sănătăţii Mintale, 2002*

2. Tratament non-voluntar ambulator

Internările obligatorii de urgenţă a bolanvilor psihici periculoşi, care nu au săvârşit fapte penale, sunt reglementate de: *Art 948 Cod Civil Român şi Art. 5 a Legii Sănătăţii Mintale, 2002,* în timp ce prevederile pentru internările obligatorii pentru cei care sunt delicvenţi sunt prevăzute in CP.

Tratamentul obligatoriu al bolnavilor care au făptuit fapte penale este reglementat de *Codul Penal* şi *Codul de Procedură Penală*: *CP 114, CP 113* şi Art. 429, 430 din CPP. Aceste articole reglementează internările obligatorii şi tratamentul obligatoriu în ambulator a bolnavilor care au comis delicte-crime, dar au fost găsiţi bolnavi şi deci nevinonaţi din cauza bolii psihice. (*Iresponsabilitate, lipsa discernământului, not guilty by reason of insanity'*)

Pacienţii cu un grad mediu de periculozitate a comportamentului lor sunt trataţi în *spitale de psihiatrie speciale pentru măsuri de siguranţă,* administate direct de Ministerul Sănătăţii (în România sunt patru astfel de spitale). Pacienţii cu un înalt grad de periculozitate pentru siguranţa societăţii sunt încarceraţi în *Secţia de psihiatrie a Spitalului penitenciar Jilava, spital de maximă siguranţă,* din cadrul *Penitenciarului Jilava.*

Internarea non-voluntară în spitale de psihiatrie şi în spitale pentru măsuri de siguranţă.

După anii '90 au fost reglementate limite legale şi etice ale spitalizării. Spitalizarea nu poate fi nelimitată, aşa cum era înainte de anii 1960. Tratamentul obligatoriu în spital restricţionează libertatea persoanei şi liberul arbitru, de aceea legea trebuie aplicată cu multă grije şi pentru motive temeinice.

Proceduri de internare voluntară şi nonvoluntară în spitale de psihiatrie:

• Internare formală – pacientul este liber să intre şi să plece când vrea, chiar împotriva avizului medical (nu în România)

• Internare voluntară – pacientul se internează după o examinarea psihiatrică (uzuală în România).

• Internare de urgenţă – pacientul are nevoie de tratament, dar e fie prea confuz, fie prea bolnav pentru a putea solicita internarea (agitaţie, senilitate) (Kaplan, H.I. Sadoch, B.J. 1991)

• Internare în urma sentinţei judecătoreşti în spitale de siguranţă medie şi maximă

Pentru unii pacienţi este preferabil un mediu protector decât strada, închisoarea sau chiar casa familială. În cursul internării se pot folosi diferite metode de tratament al agitaţiei psiho-motorii şi a comportamentului agresiv, cum ar fi: *izolare* într-o cameră specială,

sau *imobilizare,* constrângerea libertății de mişcare în caz de agitație psihomotorie.

Tratament non-voluntar ambulator.

Tratamentul obligator sau non-voluntar trebuie să fie efectiv şi potrivit, este obligatoriu dar nu se face cu forța. Tratamentul non-voluntar ambulator este o alternativă la internarea non-voluntară.

Noua Lege a sănătății mintale nu mai prevede tratamentul obligatoriu în ambulator pentru bolnavii periculoşi care nu au faptuit acte penale, acesta rămânând o alternativă doar pentru acei bolnavi psihici care au săvârşit un delict sau altă faptă penală.

Reexaminarea şi încetarea tratamentului non-voluntar sunt făcute de o comisie psihiatrică, care poate decide trecerea sau nu în tratament ambulator obligatoriu (CP 113). Controlul acestor proceduri intră în competența Ministerului Sănătății şi a Ministerului de Justiție. În UK, acestea sunt în competența Ministerului de Interne.

Numărul pacienților internați obligatoriu în instituții psihiatrice a crescut în ultimii ani. Cu toate că bolnavii psihici nu sunt discriminați, vorbind din punct de vedere legal, ei sunt rejectați de societate. După 1990, din cauza problemelor economice şi din cauza scăderii toleranței societății, mulți bolnavi pishici s-au pensionat,

Legea Sănătății Mintale stipulează protejarea bolnavilor psihici împotriva oricărui fel de abuz, tratament umilitor, şi/ sau a privării de libertate. După 1990, au fost înființate numeroase comisii de cercetare a abuzurilor şi a internărilor non-voluntare.

PSIHIATRIA JUDICIARĂ ÎN SISTEM CORECȚIONAL ÎN ROMÂNIA

Deoarece în România psihiatria legală nu este încă recunoscută ca sub-specialitate a psihiatriei sau ca specialitate separată, medicii psihiatri lucrează atât în sistemul psihiatric general, cât şi în sistemul judiciar ca expert în comisiile de expertiză medico-legale psihiatrice, evaluând competența bolnavilor care au săvârşit o faptă penală şi elaborând rapoarte cerute de tribunal.

În sistemul judiciar, psihiatrul lucrează ca medic curant în spitale de psihiatrie generale precum şi în spitale de psihiatrie speciale pentru măsuri de siguranță (sunt patru astfel de spitale în România: Ştei, Jebel, Grajduri, Sapoca) şi de maximă siguranță (Secția de

Psihiatrie din cadrul Spitalului aflat în Penitenciarul Jilava). Cele patru spitalele pentru măsuri de siguranță sunt sectorizate teritorial.

Pacienții cu un grad de periculozitate mediu al comportamentului sunt de obicei internați în *spitale de psihiatrie speciale pentru măsuri de siguranță*, cu dependență administrativă direct de Ministerul Sănătății, fiind cotate ca spitale cu profil național, având responsabilități pe arii geografice administrative.

Pacienții cu un înalt grad de periculozitate pentru securitatea publică sunt internați în Secția de Psihiatrie a Spitalului Penitenciar Jilava.

Rata de încarcerare în România este 155/ 100,000 populație generală (International Centre for Prison Studies 2008), similară cu a altor țări Europene (Bulgaria 148, Slovakia 155, Ungaria 156, England and Wales 148 și Germania 93). Există o prevalență a bolilor psihice la cei din închisori, față de populația generală.

Spitalul Penitenciar Jilava are 390 paturi din care 85 pentru psihiatrie (85% sunt bărbați, ca în majoritatea țărilor din Europa). Majoritatea celor internați sunt diagnosticați cu tulburări de personalitate și au între 26 și 45 de ani.

În România prevalența cazurilor de bolnavi suferind de boli mintale severe aflați în închisoare este mai mică comparativ cu alte țări Europene. Bolnavii cu tulburări psihice majore care comit crime sau alte delicte și sunt la primul episod psihotic sau sunt deja diagnosticați cu boli psihice anterior comiterii faptei, sunt spitalizați direct în Spitalele speciale pentru măsuri de siguranță. Spitalizarea se face în urma unei expertize medico-legale psihiatrice și a unei sentințe judecătorești. Acești bolnavi sunt examinați în mod regulat la 6 luni, de o comisie de expertiză medico-legală care trimite judecătorului recomandările de menținere sau externare, în conformitate cu starea bolnavilor și a gradului de periculozitate (factori de risc).

Drepturile fundamentale ale prizonierilor, dreptul la un tratament adecvat și de a primi o îngrijire medicală acceptabilă, trebuie să fie respectate. Bolnavii au dreptul de a fi reexaminați, reevaluați de comisia de expertiză medico-legală psihiatrică, pentru determinarea necesității continuării detenției sau a tratamentului psihiatric obligatoriu în spital sau ambulator. Cererile de re-examinare

sunt în obligaţia procurorului şi a judecătorului. În urma re-expertizării, sentinţa poate fi suspendată temporar şi bolnavul transferat într-un *spital de psihiatrie si măsuri de siguranţă,* până la ameliorarea stării bolii, constatată de o altă expertiză.

În România, ca în celelalte ţări, nu este permis tratamentul obligatoriu a bolnavilor cu boli psihice în timpul cât se află în închisoare. Bolnavul psihic care refuză tratamentul, rămâne netratat până când este trimis la un spital din exterior unde intră sub incidenţa Legii Sănătăţii Mentale şi pot fi trataţi obligatoriu. Prevederile *Legii Sănătăţii Mentale,* care permit tratamentul obligatoriu în comunitate, nu poate fi aplicat în închisori.

Eliberarea pacienţilor din serviciile de maximă siguranţă este o provocare din cauza imaginii publice negative a pacienţilor psihici care au comis fapte penale şi din cauza lipsei unui program de reabilitare şi de prevenţie a recidivelor. Există un procentaj mare de recidivism, datorită întoarcerii în mediul lor instabil socio-familal, fără un program de dispensarizare.

Dilemele şi provocările puse psihiatriei legale corecţionale în România la fel ca şi în celelalte ţări din Balcani se pot enunţa astfel:

• Dacă bolnavii psihici (referindu-ne la bolnavii psihotici) aparţin sistemului corecţional sau psihiatriei judiciare din afara zidurilor închisorii;

• Insuficienţa programelor de îngrijire;

• Absenţa echipei multidisciplinare;

• Lipsa programelor de reabilitare socială şi reintegrare în comunitate.

România, ca şi celelalte ţări din estul Europei, are puţini asistenţi sociali şi psihologi, sau ONG-uri care să se ocupe de aceste programe de reintegrare în comunitate.

Această situaţie este parţial dependentă de lipsa unei legi financiare clare, speciale pentru aceste servicii de psihiatrie medico-legală. (Tătaru, N. et al, 2010)

Concluzii:

Din cauza valorilor societăţii noastre, problemele legate de libertăţile individuale şi civile, dreptul la tratament vs dreptul de a

refuza tratamentul, spitalizarea și tratamentul obligatoriu și alte probleme legale și etice nu au răspunsuri ușoare.

Trebuie îmbunătățită calitatea standardelor, în special cele referitoare la nevoile elementare și calitatea vieții pacienților aflați în custodia diferițor instituții ale sistemului judiciar, precum și continuarea urmăririi lor dupa externare-eliberare, pentru evitarea recidivelor și a rezultatelor prognostice slabe în viitor, datorate lipsei îngrijirii de bună calitate.

Lipsa instituțiilor specializate și a personalului calificat atît ale celor medicale, cât și ale celor din sistemul judiciar, explică calitatea îngrijirii care este nesatisfăcătoare pentru acești bolnavi.

Trebuie găsite căi de protejare a drepturilor omului și de evitare a oricărui fel de abuz în psihiatrie

Deocamdată este o distincție clară între rolul de clinician și cel de psihiatru legist, care este aproape întodeauna între ceea ce poate fi drept din punct de vedere legal și ceea ce poate fi drept din punct de vedere moral.

În țările fost-comuniste din Europa de Est și Balcani, odată cu schimbările politice, respectul pentru individ și respectul pentru drepturile sale legale și umane sunt întărite.

PSIHIATRIA JUDICIARĂ ÎN SISTEM CORECȚIONAL STANDARDE EUROPENE ȘI INTERNAȚIONALE

Nicoleta Tătaru

INTRODUCERE

Psihiatria legală (judiciară) trebuie să adere la aceleași principii etice și reguli admise de medicina generală. Legislația României respectă toate reglementările și mandatele internaționale ale ONU, OMS și EU privind protecția bolnavilor mintali și drepturile omului. Această legislație stipulează cadru de tratament și îngrijire a tuturor bolnavilor și în special drepturile persoanelor cu boli psihice.

Reglementările și procedurile legale și administrative în privința responsabilității, discernământului, comportamentului violent și a tratamentului non-voluntar a bolnavilor psihici sunt diferite în diferitele țări ale Europei și reformele sunt în curs. Protecția drepturilor omului și a demnității persoanelor cu boli psihice trebuie să acopere întreaga societate, inclusiv mediul corecțional, deci și bolnavii aflați în închisori sau penitenciare.

În concordanță cu *Declarația de la Madrid,* 1996, tratamentul bolnavilor psihici trebuie să fie întodeauna în interesul bolnavului, în respectul demnității și drepturilor omului.

În România *Legea Sănătății Mentale* din 2002, revizuită și amendată în 2005 și 2012, include criteriile pentru internarea nonvoluntară, procedurile de restricție, dreptul la contestare și problemele privind confidențialitatea. Noul *Cod Penal* și *Codul de Procedură Penală,* care reglementează tratamentul și internarea obligatorie a bolnavilor cu tulburări psihice care au comis o faptă penală, vor intra în vigoare în iulie 2013.

În ciuda legislației anti-discriminare, scade toleranța comunității față de bolnavii mintali, care sunt rejectați și marginalizați, cu atit mai mult cei care au și comis crime sau alte delicte, care suferă deci o dublă stigmatizare (*este și nebun și rău!*, Robert van Voren, 2009)

Bolnavilor psihici nu le sunt diminuate drepturile individuale din cauza bolilor pihice. Dacă discernământul și competența bolnavilor cu tulburări psihice sunt diminuate de boala psihică, se instituie imediat sistemul de *tutelă-curatelă,* care le apără drepturile legale și administrative individuale, precum și dreptul la asistență medicală de calitate.

Psihiatrii în general și cei legiști în special, sunt implicați în îngrijirea bolnavilor psihici periculoși, care au comis diferite delicte sau chiar crime, intrând astfel în sitemul judiciar, în penitenciare, închisori, sau/și în spitale de maximă securitate (*guilty, but mentally ill* sau *not guilty by reason of insanity*).

Numărul scăzut al instituțiilor de specialitate, spitale de psihiatrie de maximă securitate, afectează calitatea îngrijirii bolnavilor delicvenți care suferă de o boală psihică.

Psihiatrul legist sau judiciar trebuie să respecte regulile eticii medicale generale, nu numai atunci când lucrează într-un spital de psihiatrie de maximă siguranță sau în mediu corecțional, cât mai ales cînd este într-un rol de evaluator, martor-expert în instanță, sau expert într-o comisie de expertiză medico-legală psihiatrică. El trebuie să fie onest, obiectiv, bine pregătit profesional, asigurând pacientului o îngrijire medicală de calitate și să respecte confidențialitatea actului medical. Confidențialitatea trebuie respectată, fiind mai importantă decât înafara zidurilor închisorii, altfel relația medic-pacient ar fi chiar mai periculoasă decât tratamentul în mediul ostil al închisorii.

Consimțământul informat (valid) este unul din principiile fundamentale ale eticii în paractica medicală, deci și în psihiatrie și psihiatrie judiciară.

Așa cum am mai specificat, sunt situații particulare în care nu este cerut consimțământul pacientului, cum sunt internările non-voluntare și atunci cînd tribunalul cere o expertiză pentru a afla capacitatea de a se prezenta la proces (*competency to stand trial).*

Sistemul corecțional-judiciar, incluzând codul penal, este deobicei o reflectare a atitudinii guvernului și a politicienilor, față de crimă și criminali. (Raes D, van Voren, R.2009)

SCURT ISTORIC AL SISTEMULUI JURIDIC INSTITUȚIONAL

Psihiatria corecțională – practicarea psihiatriei în instituții corecționale închise: penitenciare, închisori, centre de detenție juvenile și programe corecționale comunitare.

Istoria apariției detenției și psihiatriei forensice

Sistemul modern de încarcerare corecțională a apărut în mijlocul sec 18 în UK și US, iar în sec 19, în restul Europei, fiind considerat un model reformator.

Era Progresivă, sec 20, a apărut ca reformă raționlă a sistemului, odată cu apariția criminologiei psihiatrice. *Mental Hygiene movement*, încearcă să prevină delicvența și comportamentul criminal (Salmon 1920). Apar explicații psihiatrice pentru comportamentul criminal.

Implicarea psihiatriei în criminologie, apare *The Committee on the Legal Aspects of Psychiatry of American Psychiatric Association-APA, 1931*, se introduce expertiza psihiatrică (prima *Court Clinic* in Detroit 1919).

În 1934, APA fondează Sectia de Forensic Psychiatry. Sunt considerați ani de aur și în jurisprudența criminală.

Conceptul reabilitării în sistemul corecțional – e în creștere în anii 60', dar sunt numai 56 psihiatrii la 230 instituții corecționale în toată America. Psihiatrii cred că pot contribui la '*înțelegerea plină de speranță a corectării comportamentului social inacceptabil*' (Smith 1964) Conflictul între personalul medical și cel corecțional influențează însă negativ misiunea psihiatrului în sistemul de sănătate mintală din închisori.

Apar primele ghiduri și standarde a îngrijirii sănătății pentru închisori și penitenciare.

În 1966, American Correctional Association publică '*Standards for correctional institutions that includet a section on healthcare*' – ACA.

În anii 1980', National Commission on Correctional Health Care publică un set de standarde pentru Jails, Prisons și juvenile centers.

1989, APA publică *Guidelines for mental health care standars in jail and prisons și* ABA, American Bar Association, publică standarde proprii.

Anii 90, aduc schimbări majore în structura sistemului corectional de îngrijire medicală în general, deci și în cel psihiatric:

creşte numărul delicvenţilor, cresc costurile îngrijirii şi hoteliere şi ca răspuns scad numărul de paturi, se încearcă privatizarea sistemului (!), dar se renunţă repede din cauza corupţiei, creşte prevalenţa bolilor psihice şi a *drug abuse* la populaţia din închisori, comparativ cu populaţia generală.

Dar, psihiatrii continuă să creadă în rolul lor şi caută să ofere servicii medicale mai bune pentru pacienţii lor. (Barboriak, P.N. 2003)

STRUCTURĂ, SERVICII DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN SISTEM JUDICIAR CORECŢIONAL – PENITENCIARE, ÎNCHISORI

Prima întrebare din punct de vedere filozofic, politic şi medical este dacă bolnavul psihic 'aparţine' sau nu sistemului corecţional. Aceasta a fost una din importantele probleme discutate de *Ghent Group,* la meetingul anual din septembrie 2012.

Ţările care aplică standardele care derivă din conceptul de responsabilitate şi/ incompentenţa de a pleda (*incompetence to stand trial*) ar trebui să apere bolnavii cu tulburări psihice majore şi să împiedice incarcerarea lor. Reţinerea în siguranţă a bolnavilor delicvenţi ar trebui făcută în alte instituţii, cum ar fi spitalele de psihiatrie de maximă siguranţă, medie sau chiar generale, pentru bolnavii liniştiţi şi/ sau cu delicte minore, dacă acest lucru este necesar.

Criminal law – Codul Penal reglementează în toate ţările, criteriile, procedurile şi măsurile de pedeapsă a persoanelor care comit delicte, crime şi sunt găsiţi vinovaţi de o asemenea ofensă (aceştia sunt numiţi *offenders*).

Obiectivele serviciilor corecţionale, în urma condamnării: măsuri de siguranţă a prizonierilor, să asigure tratament legal şi uman, să reducă riscul recidivei comportamentului violent, prin reabilitare, educaţie şi reintegrare în comunitate. (Konrad N., Arboleda-Florez J. et all 2007; Bohlm, B., Konrad N. et al 2012; Kantor, J. E. 2003)

Aproape în toate ţările, în comparaţie cu populaţia generală, populaţia din închisori are un risc crescut de apariţie a bolilor psihice. Tulburările psihotice, riscul suicidului, care este cauza cea mai frecventă de deces în închisori, în special la începutul perioadei de detenţie, sunt cele mai frecvente tulburări psihice la cei încarceraţi. Bolnavii suferinzi de tulburări psihice au un risc crescut de a deveni

victime, în cursul detenției și o rată mare de decompensare, recidive, deteriorare.

Fazel și Seewald publică în 2012 o analiză făcută pe 109 studii din 24 de țări, pe 33588 prizonieri (84,5% fiind bărbați), din care rezultă prevalența bolilor psihice mult crescută la populația din închisori comparativ cu populația generală. (Fazel, S., Seewald, K. 2012)

În alt studiu, făcut pe pacienții din sistemul corecțional din Germania între 1970 -1990, se menționeză importanța continuării tratamentului imediat după eliberare în servicii specializate, care trebuie informate de toată evoluția bolnavului, trimițându-le toată documentația.

Codul Penal German recomandă o expertiză medicală, pentru fiecare încarcerat înainte de a intra în închisoare, penitenciar, fără însă să standardizeze diagnosticarea psihiatrică, deasemenea tratamentul psihiatric de care a beneficiat înainte de a fi închis, trebuie administrat imediat după ce a fost încarcerat, documentația fiind transmisă de serviciul medical direct psihiatrului din închisoare.

Critica echivalenței standardelor de îngrijire a bolnavilor cu boli psihice în închisori și *'afară'*, se bazează pe faptul că acești bolnavi-delicvenți nu merită această îngrijire, uneori chiar mai bună, pentru că afară ei nu folosesc întotdeauna serviciile specializate existente, din cauză că aceste servicii îi consideră *pacienți problemă.*

Konrad N. consideră că efectul scontat, de a reduce sau preveni delictele, nu este atins întotdeauna prin asigurarea unei mai bune îngrijiri a bolnavilor psihici în sistemul corecțional (Konrad N. 2012).

Cooperarea cu toate celelalte servicii implicate, este necesară în sistemul penal, fiind în beneficiul bolnavului.

STANDARDE EUROPENE ȘI INTERNAȚIONALE

The United Nations International Resolutions (*Standard minimum rules for the treatment of prisoners*).

Council of Europe – publică Recommendation No R (98) 7, privind etica și aspecte organizatorice a îngrijirii sănătății în inchisori.

World Medical Association – Declaration of Tokyo 1975, World Psychiatric Association – Declaration of Hawaii 1977.

American Medical Association, publică în 1977 primul set de standarde care privesc sănătatea din sidtemul correctional (*correctional health standars)*

World Psychiatric Association – *Declaration of Madrid, 1996, Art. 4*, prevede că orice tratament trebuie făcut în interesul bolnavului, deci oriunde se află acesta..

Oath of Athens – International Council of Prison Medical Services, National Commission on Correctional Health Care, publică un set de standarde pentru Jails, Prisons și Juvenile Centers.

În 1980, APA publică *Guidelines for mental health care standars in jail and prisons.*

În 1989, apare *Convenția Europeană a Drepturilor Omului* și *Charta ONU a Drepturilor Omului.* (Anno, B. J. 2003)

Prevalența mare a bolilor psihice în închisori, recomandă aplicarea standardizată a instrumentelor de diagnosticare obligatorii în cadrul procedurilor de admitere în închisoare și circumstanțe specifice ale tratamentului, care includ inclusiv serviciile de îngrijire post-eliberare, care se referă atît la severitatea simptomelor psihice, cât și la nivelul funcțional

Fiecare pacient închis va primi un tratament echivalent cu cel pe care l-ar primi dacă nu ar fi încarcerat. Tratamentul bolnavilor închiși nu are restricții ale orarului de administrare a medicației, fiind tratați ca și afară de o echipă psihiatrică multidisciplinară: psihiatru, psiholog, psihoterapeut, occupational therapist și counsellor.

Bolnavii cu boli psihice majore trebuie să fie tratați în servicii specializate, echipate adecvat și cu personal calificat. În cazurile unde încarcerarea unui bolnav psihic nu poate fi evitată, aceasta ar trebui redusă la minimum și bolnavul să fie replasat apoi cât mai repede într-un serviciu de îngrijire adecvat. Consimțământul la tratamentul medical este obligatoriu, dacă bolnavul are capacitatea de înțelegere și nu este deteriorat. Obținând consimțământul pacientului, compleanța la tratament crește. (Konrad, N., Arboleda-Florez, J. et al 2007; Bohlm, B., Konrad, N. et al 2012; Konrad, N. 2012)

Aceste ghiduri și standarde cuprind reglementări pentru psihiatria corecțională, dar încă lipsesc ghidurile detailate pentru bunul management al îngrijirii bolnavilor psihici încarcerați.

În ultimii ani au apărut îmbunătățiri semnificative ale îngrijirii medicale psihiatrice din închisori și penitenciare, dar au mai rămas

unele probleme nerezolvate: creşterea numărului de bolnavi psihotici şi retardaţi mintali încarceraţi, a consumatorilor de droguri şi a bolnavilor psihici violenţi, în timp ce există un număr scăzut a psihiatrilor angajaţi în sistemul corectional. (Anno, B. J. 2003)

Este discutabil dacă toţi bolnavii cu boli psihice închişi în servicii psihiatrice din închisori sau chiar în servicii de maximă securitate, sunt trataţi conform reglementărilor cerute de Convenţia Europeană a Drepturilor Omului şi alte standarde internaţionale.

Provocările pentru secolul 21, sunt problemele legate de nevoile sănătăţii mintale a bolnavilor psihici încarceraţi în timpul creşterii explozive a populaţiei de pe glob, a reducerii resurselor şi a creşeterii costurilor îngrijirii medicale.

ETICA ŞI PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ. ROLUL PSIHIATRULUI CA EXPERT-MARTOR ÎN INSTANŢĂ, CONFORM STANDARDELOR EUROPENE ŞI INTERNAŢIONALE

Nicoleta Tătaru

INTRODUCERE – ETICĂ

„Each person is entitled to the same concern, respect and protection of society as is accorded to any other person in the community".

Acesta este unul din principiile fundamentale ale eticii universale, general acceptate şi înscrise în constituţiile majorităţii ţărilor din lume. Protecţia drepturilor omului şi a demnităţii persoanelor cu tulburări psihice are o istorie scurtă în ţara noastră, ca peste tot în lume. Prima menţiune fiind făcută în 1520 de Neagoe Basarab, Domn al Ţării Româneşti, in *Scrisoare către fiul meu Teodosie,* susţinând că nebunii nu trebuie să fie pedepsiţi fiind pedepsiţi de Dumnezeu..

Istoria eticii începe cu Socrate, Platon, Aristotel. În *Etica nichomachea şi Magna moralia,* Aristotel (384-324 BC) spunea că virtuţile sunt fundamentale în viaţa morală şi că *sănătatea depinde de echilibrul vieţii de zi cu zi.* Aristotel găseşte o scuză morală pentru cei care au făptuit acte ilegale, dacă delictul respectiv este cauzat de o boală, delir, sau este fără intenţie criminală.

Nu putem însă vorbi despre etică, fără a aminti de Saint Augustine, Thomas Aquinas, a căror lucrări încorporează etica greacă, sau de Immanuel Kant şi ale sale *Imperative Categoriale.*

Jurământul lui Hippocrates, al cărui cel mai important principiu este *'primum non nocere'*, menţionează obligaţia de a trata, fără a continua terapia bolilor netratabile, fără a prelungi suferinţa celor care sunt pe moarte, confidenţialitate, respectul profesorului, fără a menţiona însă nebunia.

Codul lui Hammurabi, ca şi legile *Vechilor Evrei*, prevăd importanţa intenţiei în judecarea acţiunilor unui om, la curtea *Babyloniană* semnalându-se prezenţa primului martor-expert în timpul unui proces. *Codul lui Iustinian*, protejează nebunii care au făptuit un act penal, în timp ce în Europa Evului Mediu nebunia nu era o scuză pentru pedeapsă.

Istoria apărării nebuniei începe în UK încă din 1581, când se făcea deja o distincţie clară în lege, între cei care înţeleg sau nu diferenţa între bine şi rău.

În secolul 20, apar noi aspecte etice în psihiatrie, precum şi în psihiatria judiciară.

Filozoful Wiliam Winslade identifică în 1980 conflictul în gândirea utilitariană: cost-efective tratement (legat de controlul comportamentului de medicaţie), îngrijirea scumpă şi de lungă-durată, opţiuni terapeutice şi 'necestăţi medicale'.

Apar provocări etice serioase pentru psihiatrie: să se taie costul sănătăţii mintale şi să se asigure îngrijirea a cât mai multor pacienţi cu aceleaşi costuri; apar probleme ridicate de New Ethics, Modern Medicine şi Euthanasie. Mulţi sociologi şi filozofi ai *Noii Etici, tind tot mai mult să creadă că cineva ar putea decide valoarea sau lipsa valorii vieţii cuiva ...*

Problemele etice puse psihiatrilor se referă în special la natura bolii mintale, rolul terapeutului, despre rolul mediului cultural, religios şi politic în asigurarea unei bune calităţi a vieţii pacienţilor lor, indiferent unde s-ar afla aceştia chiar şi într-un mediu corecţional.

Tom L. Beauchamp, enunţă în 1994, câteva principii ale eticii biomedicale: respectul autonomiei pacientului, non-maleficiency – *'primum non nocere'*, binefacere, dreptate şi adevăr.

La aceste principii care trebuie să ghideze activitatea tuturor medicilor, s-ar mai adăuga special pentru psihiatrii din sistemul judiciar principiul *adevăr vs principii terapeutice..*

Când servesc interesele Justiției, medicii psihiatrii trebuie să adere la regulile morale generale a spunerii adevărului. (Appelbaum, 1997)

PRINCIPALELE CODURI DE ETICĂ MEDICALĂ ŞI PSIHIATRICĂ

Declaration of Geneva, 1948;

Nuremberg Statement, 1949, reguli pentru cercetare medicală;

International Code of Medical Ethics, 1949 (World Medical Association);

Declaration of Helsinki, 1964, amendată în Tokyo 1975, în Veneția 1983;

Declaration of Hawaii, 1977 (WPA – primele ghiduri pentru practica psihiatrică);

Declaration of Madrid, 1996 – WPA;

The European Convention on Human Rights and Biomedicine, adoptată în 1996;

Declaration of Paris, 2005 – WPA;

International Code of Medical Ethics: un doctor trebuie să acționeze numai în interesul bolnavului când îi acordă îngrijire;

Ethical Principles – ghiduri pentru doctori implicați în cercetare pe subiecți umani.

***Declarația de la Madrid* – 1996.** Cele mai importante principii etice care sunt menționate privesc: relația medic-pacient, respectul față de pacienți și interesul pentru integritatea bunăstării lor, nici un tratament împotriva voinței pacientului, tratamentul trebuie să fie întotdeauna în interesul pacientului, respectîndu-se demnitatea și drepturile lui legale și drepturile omului. Există o specificare în ceea ce privește necesitatea, obligativitatea informării pacientului nu numai asupra tratamentului, ci și asupra evaluărilor și expertizelor psihiatrice. *„Când psihiatrii sunt chemați să evaluieze o persoană, este de datoria lor să informeze acea persoană despre scopul examinării, metodele folosite și repercursiunile acestei examinări."*

European Convention on Human Rights and Biomedicine, adoptată în 1996 și gata de semnat 1997 la Oviedo, a fost semnată de 34 de state până în 2006. În România a fost aplicată în 2001.

Scopul acestei convenţii este ca *toate ţările să respecte şi să protejeze demnitatea şi identitatea tuturor fiinţelor umane şi să garanteze fiecăruia, fără discrlminare integritatea şi alte drepturi şi libertăţi fundamentale cu aplicabilitate în biologie şi medicină.*

Sunt menţionate în special probleme etice legate de consimţământ, protecţia persoanelor cu tulburări psihice, situaţii de urgenţă, instrucţiuni în avans, reguli etice în cercetare, etc.

Declaraţia de la Paris – 2005, menţionează că fiecare fiinţă umană are dreptul să trăiască, fiecare fiinţă umană are dreptul la cel mai modern tratament şi cea mai bună îngrijire, un pacient aflat în ultima fază a unei boli trebuie să fie îngrijit în acord cu drepturile bazale ale omului şi a principiilor eticii medicale.

Codul Internaţional al Eticii Medicale

Printre alte recomandări etice, acest cod internaţional prevede că *un medic trebuie să acţioneze numai în interesul bolnavului atunci când efectuiază un act medical, care ar putea avea ca efect slăbirea condiţiei mintale sau fizice ale pacientului..*

Ghidurile etice de practică a psihiatriei medico-legale pretinde psihiatrilor legişti printre altele ca *evaluările clinice efectuate de ei şi aplicările datelor obţinute prin criterii legale, să fie elaborate în spiritul onestităţii şi în urma efortului de a obţine obiectivitate,* (American Academy of Psychiatry and the Law).

În linii generale, principiile importante care derivă din codurile şi ghidurile de conduită etică medicală, care trebuie respectate de medicii din toate specialităţile sunt: respectarea demnităţii omului, recunoaşterea drepturilor civile egale cu a altor persoane, acces egal la tratament medical şi îngrijire, suport social şi reabilitare familială şi protejarea drepturilor legale şi financiare.

Psihiatria medico-legală trebuie să se conducă după aceleaşi reguli şi principii morale ca şi medicina generală. Dar sunt şi câteva aspecte particulare care se adresează psihiatrilor legişti. Astfel psihiatrii legişti nu acţioneză în primul rând în beneficiul şi interesul pacientului, în cazul evaluărilor care li se cer în cursul aplicării procedurilor civile şi penale. Aceste evaluări-expertiză, nu servesc întodeauna interesul medical al pacientului şi în multe cazuri,

rezultatul expertizei poate dăuna intereselor non-medicale ale pacientului (financiar ori legal).

ASPECTE LEGALE ŞI ETICE ALE ROLULUI PSIHIATRULUI CA EXPERT-MARTOR ÎN TRIBUNAL

Psihiatrii legişti lucrează cu sistemul judiciar evaluând competenţa pacientului *to stand trial,* face recomandări judecătorului şi ia apărarea bolnavului, apărare bazată pe existenţa unei deficienţe sau boli mintale.

Sunt două arii majore a evaluării medico-legale psihiatrice :

• *Capacitatea de a se prezenta în instanţă*, adică determinarea capacităţii mintale de a înţelege atribuţiile care îi revin în timpul procesului, de a-şi asista avocatul.

• *Evaluarea stării mintale în momentul săvârşirii faptei*, care oferă instanţei opinia expertului în privinţa stării psihice a bolnavului în timpul săvârşirii faptei penale, dacă bolnavul a fost capabil să înţeleagă faptele, consecinţele lor în timpul săvârşirii lor (Gutheil, T. G. 2009).

Psihiatrii legişti* sunt deseori chemaţi ca *expert atât în timpul procedurilor *penale,* cât şi a celor *civile* pentru a face parte dintr-o comisie de expertiză medico-legală psihiatrică şi pentru a participa ca martor-expert în tribunal.

Psihiatrii legişti sunt de asemenea implicaţi în: tratamentul şi îngrijirea bolnavilor care au comis fapte penale şi sunt încarceraţi în penitenciare, închisori, tratamentul şi îngrijirea bolnavilor psihici periculoşi, care au comis o faptă penală, dar au fost găsiţi nevinovaţi datorită afecţiunii psihice, fiind internaţi în spitale de siguranţă.

DILEME ETICE ÎN PRACTICA PSIHIATRIEI JUDICIARE:

– graniţă confuză între rolul psihiatrului ca medic curant şi cel ca medic expert de psihiatrie judiciară;

– psihiatrul care este în acelaş timp şi expert şi clinician pentru pacienţii lui, poate afecta relaţia doctor-pacient;

– AAPL indică în ghidurile etice că *„psihiatrul terapeut ar trebui să evite să accepte să fie martor-expert sau să participe la expertizarea*

pacienților săi, expertiză cerută de tribunal" (American Academy of Psychiatry and the Law 1995, p. 3)

Astfel, Alan Stone în *'The Ethics of Forensic Psychiatry: A View from the Ivory Tower'* (1982), vorbește despre pericolul denaturării justiției și chiar prostituarea profesiei însăși în cazul în care psihiatrul apare în instanță (court). Alan Stone motivează astfel poziția sa de a refuza de a merge în *instanță* pentru că *există ambicuitatea granițelor etice și intelectuale a psihiatriei medico-legale.*

Deasemenea Bernie Diamond, refuză să depună mărturie dacă mărturia lui ar putea răni bolnavul (pe baza *primum non nocere)* și credea că *imparțialitatea și onestitatea* sunt imposibil de a fi atinse în *instanță.*

Simon și Wettstein (*Categories of Boundary Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatric consultation and evaluation)* fac câteva specificări în legătură cu ghidurile etice care ar trebui respectate de psihiatrii legiști. Astfel ei consideră importante:

• menținerea obiectivității și neutralității,

• respectul autonomiei examinatorului,

• protejarea confidențialității evaluării forensice,

• obținerea consimțământului informat pentru expertiza psihiatrică, în afara cazurilor când aceasta este cerută de lege,

• interacțiunea verbală cu examinatul,

• evitarea contactului sexual cu examinatul,

• păstrarea unui relativ anonimat al examinatorului,

• stabilirea unei taxe modice dar clare evaluării,

• locul unde se desfășoară evaluarea să fie potrivit,

• să se definească de la început timpul și lungimea evaluării,

• evitarea relației personale între examinator și examinat în trecut, prezent și viitor. (Simon, R. I. and Wettstein, R. M. 1997)

Toți acești psihiatri legiști se alătură principiului enunțat de AAPL în 1995, cum că acei psihiatrii care sunt și medici curanți, nu ar trebui *să accepte să fie martor-expert sau să participe la expertizarea pacienților lor.*

În consecință:

• Psihiatria generală furnizează medici care lucrează în psihiatria judiciară. Aceștia sunt medicii psihiatri care participă sau nu

ca martor expert în tribunal, efectuează expertize medico-legale, cerute de instanță, lucrează în spitale de psihiatrie generale, speciale pentru măsuri de siguranță si de maximă siguranță;

• Psihiatrul din comisia medico-legală psihiatrică trebuie să furnizeze o opinie imparțială, independentă şi neutră despre pacient;

• Psihiatrul trebuie să fie onest, corect și obiectiv, bun profesionist;

• Trebuie să existe o distincție clară înte rolul de clinician şi cel de expert;

• Psihiatrii ar trebui să evite să expertizeze bolnavii pe care îi tratează.

Ca urmare, psihiatrul din comisia de expertiză medico-legală psihiatrică are ca atribuții fundamentale:

• Furnizarea unei opinii imparțiale, independente şi neutre despre pacient;

• Trebuie să fie un bun profesionist, onest, corect şi obiectiv (ca de altfel orice membru al unei comisii medico-legale psihiatrice);

• Trebuie să existe o distincție clară între rolul de clinician şi cel de expert. În acest sens, psihiatrii ar trebui să evite expertizarea bolnavilor pe care îi tratează.

FUNDAMENTELE MORALE ALE PSIHIATRIEI MEDICO-LEGALE

Cristina Gavrilovici, Liviu Oprea, Vasile Astărăstoae

Principiile și teoriile morale reprezintă o bază de explicație, de sprijin și de conduită pentru tot ceea ce ar trebui să facă persoanele (fie agenți individuali fie instituționali, pacienți sau personal medical) din perspectiva a ceea ce este bun, de valoare sau corect.

Ceea ce ne face să acționăm într-un fel sau altul sunt cel mai adesea principiile și convingerile noastre morale. Acestea sunt dobândite prin educație, influențate de familie, de religie sau de un anumit context socio-cultural în care suntem formați. Nici un cadru legal, nici o conduită profesională impecabilă NU vor constitui temelii ferme ale relației medic – pacient fără substratul moral intrinsec.

Mai mult decât în interacțiunea tradițională dintre pacient și mediul medical, în sănătatea mentală în general și psihiatria medico-legală în particular vulnerabilitatea pacientului este originea tuturor dilemelor etice. În acest capitol vom aborda în prima parte principiile etice caracteristice principialismului, ca fundament al confruntării dintre scopul actului medical și valorile pacientului. Odata cu dezbaterea diferitelor valențe ale autonomiei pacientului și a modelelor de relație medic-pacient derivate din respectul autonomiei vom aborda și conceptul de paternalism medical, având în vedere potențialul de abuz prin discrepanța de putere între medic și pacientul cu tulburare mentală.

În a doua parte a capitolului vom lua în discuție principalele valori ale actului medical care capătă interpretări și înțelesuri aparte în contextul îngrijirilor de sănătate al pacienților cu tulburări mentale. În final vom încheia prin precizarea câtorva repere legislative, menite să întărească protecția acestor populații vulnerabile.

PRINCIPII MORALE FUNDAMENTALE ÎN PSIHIATRIA MEDICO-LEGALĂ

Rezolvarea aspectelor medicale de ordin moral se face prin recurs la un set de principii de bază ale bioeticii: *„a respecta autonomia", „a nu face rău", „a face bine"* (principiul beneficiului), a urma *„dreptatea"*. Acestea nu trebuiesc privite ca reguli sau norme de rigurozitate etică, ci doar un cadru care să faciliteze analiza unor situații ce presupun combinarea diferitelor valori și să ajute la decantarea a ceea ce este corect și acceptat (sau acceptabil) în raport cu ceea ce este incorect și/sau nedrept.

În bioetică, conceptul *autonomiei* este considerat punctul culminant al înălțimilor moralei. *„Respectul persoanei"*, fundamentul relației medic-pacient, include doua cerințe morale distincte:

• necesitatea de a respecta autonomia;

• necesitatea de a proteja pe cei cu autonomie redusă.

În esență, autonomia este un drept negativ, definindu-se prin libertatea de a nu fi supus constrângerilor impuse de către ceilalți. O persoană poate fi considerată autonomă daca este capabilă să aleagă între un set de opțiuni, reflectând și deliberând în același timp asupra alegerii sale. Un pacient autonom nu este acela care refuză, ci o persoană suverană pe întreaga sa capacitate de decizie. Din această perspectivă putem afirma că autonomia este și un drept pozitiv, dreptul la auto-determinare, la exprimare și la alegere între un set de opțiuni, reflectând și deliberând în același timp asupra alegerii sale .

Dintre multiplele versiuni prezente în literatură asupra autonomiei, două concepte combină teoria și realitatea clinică: poziția lui I. Kant și cea a lui JS. Mill.

În versiunea Kantiană, autonomia este înțeleasă drept o „aptitudine" de bază din structura persoanei, acea caracteristică ce diferențează persoana ca și agent moral de orice altă ființă. Autonomia este astfel baza demnității naturii umane și a oricăror alte ființe raționale. Spre deosebire de Kant, pentru Mill capacitatea de a raționa este un criteriu necesar dar nu și suficient în desăvârșirea autonomiei. La Mill, autonomia este percepută drept *un proces* de dezvoltare a identității de sine, a caracterului, a facultăților de percepție, judecată, discriminare emoțională, de diferențiere între preferințe morale.

Cele două noţiuni vor fi sintetizate în două criterii de bază: ***criteriul libertăţii***, care se opune coerciţiei sau constrângerilor nejustificate, şi ***criteriul informaţiei***, care presupune accesul pacientului nu doar la toate informaţiile relevante pentru o alegere liberă, ci şi capacitatea de înţelegere, evaluarea riscurilor, beneficiilor şi concordanţa între diversele opţiuni şi planurile de viaţă. Prezumpţia generală pare a fi că dacă un pacient are vârsta legală pentru discernământ, nu suferă de nici o afectare psihică, el este implicit autonom. Conceptul Millian de libertate rejetă însă această presupunere în baza faptului că o persoană autonomă trebuie să îşi dezvolte abilităţile şi prezenţa de spirit pentru a alege sau crea un plan (de viaţă), folosindu-şi capacitatea de observaţie, gândire şi judecată pentru a prevede sau decide asupra unei acţiuni, pentru a delibera şi diferenţia între opţiuni.

Alte interpretări, mult mai recente asupra conceptului autonomiei, apar descrise de Isaiah Berlin într-o viziune fie negativă fie pozitivă. În viziunea negativă sau antipaternalistă, medicii se abţin de a interfera cu eforturile individului de a-şi urma propriul plan de viaţă (nefăcând uz de forţă, coerciţie sau decepţie). În această interpretare însă nu se face nici o menţiune asupra responsabilităţilor pacienţilor în decizia medicală.

Viziunea pozitivă, numită şi *„autonomie obligatorie"* implică *obligaţia* pacientului de a-şi exercita autodeterminarea şi astfel de a-şi asuma o responsabilitate directă pentru decizia luată. În sprijinul acestei din urmă variante stau următoarele argumente:

1. Orice individ, chiar şi atunci când devine pacient are o datorie de a-şi folosi întreaga capacitate de agent moral,

2. Doar pacienţii cunosc în baza căror valori şi preferinţe proprii se poate lua o decizie medicală,

3. Pacienţii au o datorie morală de a nu-i încărca/ copleşi pe cei din jur (inclusiv medicii) cu luarea deciziilor medicale în numele lor/ pentru ei.

Schneider dezaprobă vehement conceptul autonomiei obligatorii, bazându-se pe faptul că unii, poate chiar majoritatea persoanelor, nu doresc să fie autonome, cel puţin nu tot timpul. În acest sens el propune o formă de paternalism social sau instituţional, în care metodologia ştiinţelor sociale ar evalua dorinţele unui pacient obişnuit şi apoi ar crea mecanismele instituţionale pentru a le

promova (într-un model care ia în considerare consumatorul pe de o parte și bunăstare socială, pe de altă parte) .

Obiecția principală adusă principiului autonomiei este că întotdeauna va fi contrabalansat de *„primum non nocere"*, *principiul non vătămarii,* apărut ca o reacție la situațiile în care „a face bine" nu este întotdeauna în interesul pacientului. Este vorba de cazurile în care forma de bine acceptată sau dorită de pacient nu se suprapune peste interesul medical dar, în viziunea medicului, se transforma în „a face rău".

A nu răni înseamnă a nu leza un individ care nu ar putea obiecta sau chiar ar putea accepta să i se facă rău. În general o conduită non-vătămătoare are o stringență mai mare decât una care vizează simplul rol benefic, chiar dacă din punct de vedere utilitarist scopul urmărit s-ar putea obține doar acționând activ spre a face bine.

Încă de la „recomandările" hipocratice, „să nu faci rău" a rămas emblema stringentă a profesiunii medicale. A nu face rău în medicină, evident că nu se referă la o acțiune fizică voit dăunătoare pacientului. Considerăm implicită noțiunea potrivit căreia nici un medic nu are un interes în a produce daune fizice (sau chiar de altă natură) în mod intenţional. Putem însă să rănim peste măsură, doar prin cuvinte, fie printr-o dezvăluire bruscă, abruptă și lipsită de compasiune, a adevărului, sau prin minciună, prin informare parțială sau ocolirea adevărului.

O atitudine non-vătămătoare în cadrul sănătații mentale cu impact medico-legal presupune a fi sigur că acțiunile care i se cer expertului promovează într-adevăr dreptatea.

A face bine sau *„principiul beneficiului"* semnifică pe lângă respectarea autonomiei şi înfrânarea vătămării, o contribuție activă la bunăstarea individului. A face bine este o normă etică considerată de către unii filozofi o obligație morală în timp ce alții (inclusiv Kant) o apreciază drept un merit, un act de caritate, astfel încât nu putem spune că o persoană este imorală dacă nu reuşeşte să producă un beneficiu prin acțiunile sale. Este posibil să nu faci rău nici unei persoane niciodată, dar este imposibil să faci bine oricând şi pentru oricine.

În încercarea de a diferenția datoria de virtute, Peter Singer apreciază: *„dacă ne stă în puteri să prevenim răul fără a sacrifica nimic*

de importanță morală comparabilă, atunci avem datoria morală sa o facem".

Astfel de controverse impun clarificarea şi chiar exemplificarea tipurilor de acțiuni benefice, menționând limitele obligațiilor noastre precum şi pragul de la care producerea beneficiului este mai curând o opțiune decât o obligație. În esență, a face bine include protejarea şi apărarea drepturilor altora, prevenirea răului sau îndepărtarea condițiilor de producere a unor evenimente nefaste, ajutarea persoanelor cu dizabilități, sau salvarea persoanelor aflate în pericol iminent.

În contextul *sănătății mentale medico-legale*, psihiatrii operează înafara cadrului medical obişnuit. În această situație, după Appelbaum, principiile etice care stau la baza conduitei lor profesionale NU sunt aceleași ca în relația medic – pacient tradițională. El apreciază că în context legal, principiul beneficiului și a non-vătămării își pierd întâietatea în favoarea principiului adevărului. În plus, beneficiul pentru pacient este de multe ori contrabalansat de beneficiul pentru societate, dilemele etice derivând tocmai din confruntarea binelui pacientului și a binelui public (a siguranței publice). Necesitatea protecției binelui public reprezintă de multe ori o justificare pentru tratamentul non-voluntar. Dacă psihiatrul percepe pacientul drept o potențială amenințare pentru siguranța publică, atunci el poate asuma faptul că datoria sa față de societate prevalează asupra datoriei față de bunăstarea pacientului. Aceasta este o mare diferență față de etica tradițională din relația terapeut – pacient, în afara oricărei implicații medico-legale.

Psihiatrii medico-legali consideră că au un rol profesional dar și o datorie etică de a proteja societatea, iar datoria beneficiului public o depășește pe cea a beneficiului individual.

Relația dintre psihiatru și cel evaluat diferită tocmai prin interferența unei terțe părți (justiția), față de care psihiatrul are datoria primară. Datoria față de cel expertizat este una secundară în psihiatria medico-legală.

Ghidurile americane pentru expertiza medico-legală stipulează cele trei mari obligații ale psihiatrului expertal ca fiind:

1. furnizarea unei evaluări obiective

2. menţinerea confidenţialităţii (în limitele impuse de cerinţele legale)

3. dezvăluirea oricărui conflicte de interese, real sau potenţial.

În final dar nu în ultimul rând, *dreptatea* este conceptul cel mai greu de definit, având în vedere varietatea situaţiilor sau a factorilor implicaţi în teoria dreptăţii. Aceasta s-a format ca o reacţie la o veche stipulare tradiţională atribuita lui Aristotel, supranumită şi *principiul dreptăţii formale*: „cei egali trebuie trataţi egal, cei inegali, trebui trataţi inegal". Dreptatea a fost definită drept ceea ce se cuvine, se merita şi este corect. Ea are valoare doar atunci când îndeplineşte anumite standarde (politice, sociale, sau culturale). O persoană care pretinde echitate, este o persoană care îşi exercită un drept constituţional.

În prezent pornim de la prezumţia că toţi cetăţenii au aceleaşi drepturi politice, acces egal la serviciile publice şi tratare egală în faţa legii. Destul de des însă acest principiu rămâne doar un ideal, mai ales în condiţiile în care resursele sunt precare iar competiţia pentru dobândirea lor este acerbă.

MODELE MEDIC – PACIENT DERIVATE DIN RESPECTUL AUTONOMIEI

După Pelegrino, creşterea autonomiei pacienţilor a creat două modele mari de relaţie medic – pacient:

- modelul de tip consumerist
- modelul contractual negociat.

În modelul consumerist, îngrijirea medicală este percepută drept un serviciu, care poate fi achiziţionat contra cost, în funcţie de preferinţele consumatorului cu privire la opţiunile de tratament, costurile lor, beneficiile şi riscurile aferente. Medicul este un furnizor de servicii, a cărui sarcină este să prezinte informaţii corecte, uneori sfaturi, dar niciodată să interfere cu valorile pacienţilor. Valorile pacienţilor sunt prevalente întotdeauna iar obligaţia morală a medicului este să informeze, să acţioneze cu responsabilitate, să protejeze şi chiar să crească capacitatea pacientului de auto-determinare.

În modelul contractual negociat, doctorul şi pacientul îşi discută în avans valorile legate de sănătate precum şi valorile morale generale.

Ca și în modelul de tip consumerist, doctorul și pacientul sunt persoane autonome intrate într-un contract, dar în modelul negociat, detaliile contractului sunt mult mai intens examinate înainte de... construirea relației medic – pacient. Aspectele etice sunt determinate doar de parțile contractante, atfel încât cele două părți trebuie să determine conduita, comportamentul, luarea deciziilor. Din această perspectivă, în acest tip de contract nu vom vorbi niciodată de aplicarea unui set de principii etice universal valabile. Doctorul și pacientul vor urma orice curs al acțiunii, cu condiția să fie agreeat de ambii, fără nici o referire la o terță parte. Exemple de astfel de decizii sunt eutanasia activa, suicidul asistat, directivele în avans.

Aceste două exemple bazate pe autonomia pacientului conturează o relație medic – pacient cu precădere instrumentală și procedurală. Sunt construite în baza unui spirit legal/ juridic, iar etica implicată se reduce la un aspect de implicare minimă și încredere minimală. Mai curând au la bază premiza de ne-încredere. Sunt distructive pentru conceptul de moralitate medicală comună atâta timp cât participanții dau eticii medicale orice înțeles preferă/ aleg. Singura deficiență etică este cea legată de ne-respectarea contractului.

În timp ce aceste modele inspirate de respectarea autonomiei pacientului par să protejeze dreturile pacientului, la o examinare mai atentă, ele sunt... iluzorii, și pot deveni periculoase. În primul rând este neglijată diferența de putere dintre doctor și pacient. Orice pacient care solicită un serviciu medical se află într-un anumit grad de vulnerabilitate, atât timp cât... are nevoie de ajutor, nu are puterea să se vindece singur, este în durere, anxios, speriat etc. Este greu de imaginat un contract valid în care una din părți este atât de dependentă de cealaltă pentru a obține informația relevantă spre a face o alegere, iar mai apoi pentru competența celeilalte părți de a urma și aplica alegerea făcută.

A urma un astfel de contract semnifică a trmite un semnal clar de neincredere către doctor, ceea ce ar putea face ca medicul să nu mai fie atât de înclinat spre a acționa spre beneficiul pacientului atunci când situația clincă se schimbă.

Astfel, o relație bazată pe ne-încredere nu va fi mai protectivă pt autonomia pacientului decât una bazată pe încredere.

PATERNALISMUL MEDICAL

Primele referiri de natură filosofică asupra paternalismului apar în epoca Kantiană, când acesta caracteriza guvernarea paternalistă („imperium paternale") drept modalitatea benevolă de restricționare a libertății individului. La vremea respectivă însă, nu se acorda o interpretare legată de acțiunea voluntară a unui părinte față de un minor incompetent sau o anumită intervenție asupra unei persoane lipsite de autonomie, pentru că se conssideră paternalism o acțiune adresată unei persoane cu discernământ. Prima conotație de acest gen a stat la baza a ceea ce mai târziu unii vor numi „paternalism justificat", a cărui formă pură se referă la supervizarea parentală a copiilor fără discernământ. Ulterior însă această formă s-a extins pentru toate persoanele considerate fără competență mentală într-o nevoie de îngrijire asemănătoare celei parentale.

Dicționarul Oxford datează termenul „paternalism" din 1880 (deci după Kant), explicându-i rădăcina de bază drept: principiul şi practica administrării paternale; guvernare ca un părinte; asigurarea necesităților unei comunități sau națiuni în acelaşi mod în care un părinte o face pentru copiii săi. Analogia cu părintele (tipic cu tatăl) presupune implicit două caracteristici: prima se referă la faptul că un tată acționează întotdeauna într-un mod benefic pentru copiii săi (şi în virtutea propriilor sale concepții asupra intereselor copiilor), iar a doua – că el va lua toate sau cel puțin o parte din deciziile importante legate de bunăstarea copiilor, în loc să îi lase pe ei să decidă.

În contextul medical însă aspectul paternal este accentuat de pregătirea profesională superioară, de cunoştințele tehnice aprofundate într-un anumit domeniu, ceea ce (aparent) accentuează autoritatea şi îi validează implicarea în determinarea intereselor pacientului. Din acest punct de vedere expertul medical este asemănat unui părinte extrem de preocupat de soarta unor copii care, atenție la această nuanțare: sunt adesea speriați, înfricoşați şi ignoranți asupra subiectului de relaționare cu... „părinții" lor.

Clasic, paternalismul medical reprezintă o încălcare a autonomiei pacientului (cu discernământ), implicând aproape întotdeauna şi o formă de refuz, de fapt o opoziție față de preferințele celeilalte persoane cu privire la bunăstarea ei. Un act paternalistic tipic implică o forțare, obligare pe de o parte, sau o minciună, un

proces de decepționare, expunere parțială a adevărului, manipulare a informațiilor pe de altă parte. Orice formă de paternalism include automat o restricționare într-o decizie autonomă, o intervenție în dezacord față de preferințele unei persoane, dar cu intenția de a-i face bine, fără a-i face rău și producând un beneficiu real. De asemeni, nerespectarea dorințelor unui pacient, care nu sunt însă urmarea unei decizii total autonome, reprezintă tot o formă de paternalism. De exemplu, dacă un pacient aflat într-o stare fizică extrem de precară, dorește să părăsească spitalul, a-l reține – semnifică o atitudine paternalistă, chiar dacă acțiunea lui nu este urmarea unei alegeri total autonome.

Așadar paternalismul reprezintă o neglijare intențională a preferințelor cunoscute ale unei persoane de către o altă persoană, în care cel care le ignoră își justifică acțiunea prin scopul benefic sau de a nu face rău persoanei a cărei dorințe sunt desconsiderate. Aceasta este o definiție normativ neutră, ceea ce nu presupune că paternalismul ar putea fi justificat sau nejustificat.

Dacă o intervenție paternalistă nu încalcă autonomia din simplul motiv că nu există autonomie reală, este mult mai simplu să o acceptăm, decât dacă aceeași acțiune s-ar desfășura sub autonomie totală. Astfel facem diferența între paternalism justificat și nejustificat.

Unii pacienți, de exemplu cei deprimați sau dependenți de anumite droguri periculoase, nu pot lua o decizie rațională. Alții, care sunt totuși competenți mental, și chiar deliberativi, pot lua decizii nefaste, în disjuncție totală cu recomandarea medicului. Când oricare dintre aceștia ia o hotărâre care va produce mai mult rău decât bine, unii medici respectă autonomia, neinterferând peste limitele de convingere uzuală, în timp ce alții vor interveni activ, în scop benefic, pentru a-și proteja pacienții de consecințele dăunătoare ale propriilor alegeri. O astfel de atitudine împiedică accesul pacienților la informațiile necesare exercitării autonomiei. Deși disputată vehement, o poziție de acest gen este cert contrabalansată de principiul beneficiului. Chiar și cei care apără valoarea autonomiei în etica medicală consideră că acest tip de rezolvare este justificată dacă persoanele în cauză nu pot fi considerate autonome pentru decizii specifice.

După cum s-a remarcat, paternalismul medical este un concept cu precădere aplicat psihiatriei, în mod deosebit psihiatriei medico-

legale. În sănătatea mentală, remarcăm ca adesea se pornește de la premiza că pacienților psihiatrici le lipsește din start în întregime capacitatea de a lua decizii, în special decizii legate de tratament. Adesea, mai frecvent ca în orice specialitate medicală, medicii își arogă dreptul de a lua decizii pentru acești pacienții, inclusiv dreptul de a ignorara refuzul unui tratament de către un pacient cu boală mentală. Argumentele invocate pentru o astfel de atitudine sunt:

1. orice vătămare ca urmare a nerespectării autonomiei pacientului este justificată în baza principiului beneficiului
2. psihiatrii au o obligație de a face bine pacienților lor, iar acest bine include prevenirea pacienților de a se auto-vătăma
3. de fapt nu este vorba de nici o ignorare a respectului autonomiei pentru că pacienților le lipsește capacitatea de a fi autonom.

Unii psihiatri consideră că datoria către sănătatea publică este de fapt o extensie a datoriei către pacient, pentru că este în interesul maxim al pacientului să fie împiedicat de la a face rău altora. Aceasta este însă o abordare paternalistă tipică, care se bazează pe un ideal de beneficiu, și are scopul de a îndepărta orice anxietate sau frică derivată din faptul că acești medici ar acționa ca niște polițiști fără scrupule. Este un argument puternic discriminator față de bolnavii mental, prin prisma respectului autonomiei sau alegerii individuale. De fapt putem spune că nu este în interesul nimănui ca un om să fie lăsat să facă rău altuia.

Dacă se consideră că o boală mentală afectează capacitatea oamenilor de a decide să nu facă rău altora, atunci contra-argumentul care să nege această ipoteză este bazat pe evidența potrivit căreia de fapt majoritatea bolilor mentale NU afectează capacitatea de a lua decizii, fie ele cât de complexe, și nu afectează în mod necesar capacitatea de a decide dacă să facă sau nu rău altora. În acest caz însă doar în câteva circumstanțe limitate ar fi justificabil ca psihiatrii să acționeze paternalist spre a-și preveni pacienții să vătămeze pe alții (de exemplu – când există un pericol clar și actual față de o anumită persoană, iar psihiatrul este sigur că pacientul său nu are capacitate mentală.

VALORI ALE RELAȚIEI MEDIC – PACIENT ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ

Confidențialitatea

Confidențialitatea își are rădăcinile în tradiția umană de împărtășire și păstrare a unui secret. Dorința de menținere a unui secret este prima manifestare a identității unui copil și o practică socială complexă și frecventă a adulților. Preferința însă de a dezvălui un secret provine din nevoia de a stabili sau întări o relație cu ceilalți, relatarea presupunând o încredere implicită și o promisiune explicită de respectare. Oamenii obțin cunoștințe, își formează opinii și îi apreciază pe alții tocmai în baza unui schimb informațional. Astfel, cu cât restricționăm ceea ce alții știu despre noi, cu atât vom fi mai capabili să controlăm, chiar să dirijăm imaginea pe care o au despre noi, deși în acest mod nu va fi niciodată completă, ci doar o rezultatntă a ceea ce noi dăm de înțeles. Cei cărora le furnizăm mai multe informații vor avea o înțelegerea mai bună asupra a ceea suntem.

În domeniul medical confidențialitatea a fost articulată încă din Jurământul lui Hippocrate: *„Orice voi vedea sau auzi în timpul activității profesionale sau înafara ei în legătură cu viața oamenilor, lucruri care nu trebuie discutate înafară, nu le voi divulga, acceptând că toate acestea trebuie ținute secret!"*.

În ce măsură recomandărilede menținere a confidențialității sunt și în realitate un fundament al practicii medicale, a fost subiectul a multiple critici asupra profesiei medicale. În literatura bioetică americană reglementările cu privire la menținerea confidențialității au fost apreciate drept „formule ritualistice", „ficțiune formalistă", acceptate public de către profesioniști dar larg ignorate și încălcate în practică. Mark Siegler apreciază confidențialitatea drept un „concept decrepit", fiind compromisă sistematic în rutina îngrijirilor medicale. În viața de zi cu zi este greu de echilibrat balanța între graba și anxietatea medicilor de a face cât mai mult și cât mai bine pe de o parte și sentimentele de incertitudine, neliniște și speranță ale pacientului dornic de a fi vindecat, apărat și protejat odată ce a intrat în spital pe de altă parte. Aici rolul eticii este de a reda fața morală a științei medicale și de a (re)aprinde principii pe care societatea le crede uitate.

Deşi respectul confidenţialităţii şi al autonomiei în prezent constituie valori de bază a relaţiei medic – pacient, există şi situaţii în care acestea sunt neglijate pe considerente morale. Dacă ar fi să ne transpunem în viaţa reală substituindu-ne medicului, uneori vom avea dubii asupra menţinerii deciziei de păstrare secretă a informaţiei. În acest sens, dacă alegerea implică un risc public, o potenţială vătămare pentru ceilalţi, sau necesită resurse speciale, care nu pot fi alocate, este justificabil restricţionată menţinerea confidenţialităţii. Confidenţialitatea nu este absolută. Limita ei şi imposibilitatea de absolutizare şi de universalitate au fost intens disputate in cazul Tarasoff, caz paradigmă pentru sănătatea mentală.

Prosenjit Poddar şi Tatiana Tarasoff s-au întâlnit la o serată dansantă. După doar un sărut cu ocazia Anului Nou, Podar a devenit convins că între ei exista o relaţie serioasă. Dar Tarasoff i-a mărturisit că ea era deja implicată într-o relaţie, şi deci nu mai era interesată de un alt bărbat. Poddar a devenit deprimat, neglijându-şi studiile şi sănătatea, vorbind adesea incoerent şi văitător. I-a relatat unui prieten că ar dori să vadă camera Tatianei explodând, şi ca urmare a fost convins să consulte un medic din campusul universitar. A început psihoterapia cu Dr. Lawrence Moore. După nouă şedinţe i-a declarat medicului că intenţiona să o omoare pe Tatiana când ea se va fi întors din vacanţa de vară. Acesta din urmă a anunţat poliţia campusului că Poddar este periculos şi ar trebui spitalizat într-o secţie psihiatrică. Într-o scurtă detenţie, poliţia l-a investigat pe Poddar, dar în urma interogatoriului nu s-a remarca nimic îngrijorător, şi ca urmare, a fost eliberat, după ce a promis că va sta departe de Tatiana. Directorul centrului psihiatric, Dr. Harvey Powelson a aflat întreaga poveste şi a instruit staff-ul spre a nu-l mai interna pe Poddar. Poddar nu l-a mai vizitat pe Dr. Moore, în schimb l-a convins pe fratele Tatianei să închirieze împreună un apartament lângă locuinţa acesteia. Două luni mai târziu a intrat la Tatiana în casa şi a omorât-o cu un cuţit de bucătărie, după care s-a predat poliţiei.

Părinţii Tatianei au acuzat psihoterapeutul, psihiatrul, Universitatea Berkely şi Poliţia, de incapacitatea de a preveni o astfel de crimă şi de asemeni că l-au eliberat prematur pe Poddar din detenţie şi nu au avertizat părinţii asupra pericolului în care se afla fiica lor.

Instanța a considerat că dacă un terapeut determină că un pacient reprezintă un pericol violent pentru altcineva, atunci are datoria de a pune în practică măsurile necesare de protecție a presupusei victime. Îndeplinirea acestei datorii ar putea însemna însăşi să avertizeze presupusa victimă, sau pe cei din jurul ei. Reprezentanții organizațiilor psihoterapeute au declarat la proces că medicii sunt imprecişi în prezicerea pericolelor fatale. În acest sens a fost menționat un studiu pe 989 subiecți periculoşi, la care psihiatrii au apreciat că aceştia ar trebui spitalizați în secții de maximă securitate; cu toate acestea au fost transferați în spitale civile, din diverse motive întemeiate, iar 20% dintre ei s-au reintegrat în comunitate un an mai târziu. În decursul unui an, doar 7 din 989 au fost amenințători sau au comis n act care să necesite spitalizare cu securitate maximă .

Cazul Tarasoff pune în balanță interesul public de tratare corectă a bolilor mentale cu păstrarea caracterului confidențial al comunicării cu pacientul. Revelarea informațiilor vitale în circumstanțele prezentate, deşi cu potențial de alterare a încrederii în relația cu pacientul nu ignoră în totalitate principiile etice. Există un interes cert pentru ca reprezentanții comunității medicale să păstreze confidențialitatea pacienților, aceştia fiind astfel încurajați să împărtăşească toate informațiile importante pentru ca medicul să facă o evaluare cât mai obiectivă a situației clinice. Pe de altă parte dacă situația în care menținerea confidențialității este depăşită de interesul public de prevenție a unei crime etc, se justifică dezvăluirea informațiilor fără consimțământ. Chiar şi legea românească a drepturilor pacientului acceptă „excepții – cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică". Dreptul său la confidențialitate este contrabalansat de beneficiul pentru comunitate.

Pe parcursul capitolului am pledat până acum pentru faptul că în medicină confidențialitatea rămâne un principiu de bază dar care trebuie individualizat de la ca la caz. Dacă ar fi să onorăm obligația de respect a autonomiei, instituția medicală prin reprezentanții ei ar trebui să instruiască pacienții în „teoria şi practica confidențialității" incluzând limitele ei. Pacienții ar trebui să fie capabili să consimtă asupra includerii informațiilor în dosarul medical, la care să aibă acces

într-o anumită măsură, şi să intervină în controlul asupra accesului altora la dosarul medical propriu.

Respectul persoanei este valoarea de bază a relației medic – pacient şi prima condiție a reuşitei terapeutice. Când vorbim de respect ne referim adesea la două componente ale sale: respectul ca şi *comportament* şi respectul ca şi *atitudine*. Atitudinea de respect, deşi îndreptată deopotrivă către oameni sau către obiecte, porneşte întotdeauna de la om – ființă rațională, capabilă să recunoască importanța şi valoarea lucrurilor. Indiferent de multitudinea de virtuți pe care omul le poate dobândi pe parcursul vieții, nici una nu depăşeşte „respectul persoanei" şi nici una nu valorează nimic înafara acesteia.

După cum sugerează şi rădăcina latină „respicere" (a se uita înapoi, a se uita din nou), persoana care respectă ceva, *acordă atenție*, idee centrală noțiunii de respect. Semnifică o încercare de a vedea persoana sau situația în mod *clar*, aşa cum este în realitatea şi drepturile ei, nu prin filtrul propriilor dorințe, expectanțe, frici, neplăceri. Respectul este deci opusul ignoranței, al neglijării.

În filosofia politică şi morală, noțiunea de respect pentru persoane semnifică o atitudine pe care oricine o merită, în virtutea faptului că este persoană, indiferent de poziția socială, caracteristicile individuale sau meritul moral. Persoanele au un drept fundamental moral la respect egal doar pentru că sunt persoane, adică ființe raționale libere. Atenție însă: a le trata egal, nu înseamnă a le trata la fel. Ar însemna să ignori *diferențele* dintre persoane. Acest ultim sens cere să-i abordezi pe fiecare cu o *imparțialitate individualizată*, şi exclusiv în baza aspectelor sau situațiilor relevante pentru fiecare individ.

Din perspectivă kantiană, a fi persoană semnifică a avea un statut şi un merit pe care nici o altă ființă nu le deține; înseamnă a fi „un final în demnitate". Şi unicul răspuns, unica atitudine adecvată unei astfel de ființe este respectul, adică recunoaşterea (prin atitudine şi comportament) a demnității persoanei ca şi scop, ca şi final în sine: *„Acționează în aşa fel încât să tratezi umanitatea (fie în persoana ta, fie în persoana altuia) nu doar ca un mijloc, ci ca un final în sine"*.

În încercarea de a clarifica ce anume sau pe cine suntem obligați să respectăm ajungem evident la întrebarea care este fundamentul

respectului. Pentru a răspunde la aceasta va trebui să aflăm care este calitatea naturală moral semnificativă comună tuturor ființelor umane în baza căreia se conferă respectul. În acest sens, calitățile potențiale sunt: capacitatea de a-ți modifica comportamentul sau o anumită atitudine în baza unei considerații morale, capacitatea de a valoriza în mod adecvat, capacitatea de a raționa și de a se angaja în relații reciproce.

În final se pune problema care standarde de comportament sunt concordante cu atitudinea de respect? Unii filosofi au explicat respectul ca și o formă de „constrângere" negativă: abținerea de a privi persoanele într-un anumit mod (ex: nu trebuie să le tratăm ca și când ar fi inutile sau ar avea vreo valoare doar atunci când își exprimă utilitatea sau ca și cum ar fi simple obiecte, specimene, deșeuri). Nu trebuie să le violăm drepturile morale de bază sau să interferăm cu propriile lor alegeri sau decizii. Persoana nu trebuie umilită în nici un mod, nu trebuie tratată ca un gunoi în nici o situație, ci doar într-un mod care să sublinieze meritul naturii umane.

Alții consideră că avem o datorie pozitivă de expresie a respectului: trebuie să privim fiecare persoană în parte din punctul ei de vedere, și să o ajutăm să își împlinească propriile viziuni morale, dar să o și protejăm de propriile decizii care i-ar putea face rău (în acest mod respectul persoanei ar putea „cădea" în disonanță cu respectul autonomiei sale).

Atât timp cât pacientul nu reprezintă un constituent izolat ci o parte integrantă a unui context social, istoric, cultural etc, acest concept include mult mai mult decât respectul autonomiei (capacitatea de autodeterminare și autoguvernare) sau a integrității corporale. El semnifică în egală măsură și respectul *familiei*, al *comunității* și *culturii* individului. Lipsa de respect în relațiile clinice, exprimată fie prin ignorarea opiniilor pacientului/ familiei, fie prin însăși folosirea incorectă a numelui sau neprotejarea intimității în timpul examenului clinic, este frecvent punctul de declanșare a proceselor de malpraxis. Aceste exemple nu reprezintă propriu-zis un afront adus autonomiei, ci mai curând ar sugera că pacientului nu i se acordă toată atenția și stima care sunt normal incluse în relația terapeutică .

Dacă atunci când comentăm valorile relației medic pacient le percepem ca niște atribute ce direcționează vectorul relației de la medic la pacient, caracterizând de obicei dorințele pacientului,

respectul conştiinţei se referă şi se aplică şi medicului în egală măsură. *Dreptul la conştiinţă* reprezintă supremaţia drepturilor medicului pentru că protejează conştiinţa morală profesională, fără a constitui un instrument de utilitate socială. Exercitarea dreptului la conştiinţă se limitează la tipul unei activităţi, fără alte specificităţi (nu se evaluează efectul său benefic). De exemplu, neacordarea sau înlăturarea măsurilor excepţionale de salvare/menţinere a vieţii ar putea fi acceptabilă moral când conştiinţa medicului nu permite această acţiune, percepută drept un atac la demnitatea umană, o încercare imorală de prelungire sau forţare a vieţii peste limitele naturii umane. Nu ar fi însă permisibil neacordarea unor astfel de măsuri în baza faptului că pacientul este de pildă sever retardat mental, iar utilitatea prelungirii vieţii ar fi îndoielnică.

Deşi cu valori egale, respectul conştiinţei *pacientului* necesită o atenţie şi înţelegere superioară respectului conştiinţei medicului, ceea ce s-ar explica parţial prin faptul că rolul de expert medical este ales voluntar, în timp ce rolul de pacient nu este dobândit în acelaşi mod. Această discrepanţă de putere trebuie să confere un atu poziţiei de pacient.

Apelul la conştiinţă este aşadar o formă de autoreflecţie critică în aprecierea unei acţiuni drept acceptabilă sau interzisă, bună sau rea, corectă sau incorectă . De multe ori implicarea conştiinţei apare ca o mustrare de conştiinţă, în forma unor sentimente de vinovăţie, regret, ruşine, prin care un individ recunoaşte că acţiunea sa a fost greşită. Dezvoltarea acestui sentiment nu semnifică obligator un atentat la moralitate, din contra, apare de obicei la persoanele cu un caracter moral puternic.

În concluzie, a respecta o altă persoană înseamnă a preţui exprimarea şi exercitarea celor mai profunde convingeri personale. Respectul societăţii faţă de conştiinţa individului începe de la acceptarea sau toleranţa religioasă şi până la cele mai minore preferinţe particulare. Avantajul utilizării acestei valori rezidă în faptul că ea poate fi aplicată deopotrivă medicului şi pacientului.

Respectul persoanei este a doua regulă morală (după adevăr şi onestitate) pe care activitatea experţilor medico-legali se bazează. Conflictul de rol apare când subiectul evaluat medico-legal ar putea presupune că expertul evaluator joacă şi un rol terapeutic, şi astfel se

aplică regulile de etică din contextul clinic tradițional. Cel evaluat ar putea gândi că, fiind medic, expertul medico-legal are rolul de a-l ajuta sau măcar de a nu-i face rău, astfel exprimând în mod liber orice gând, opinie, idee. Încurajând o astfel de situație, se pot obține ușor informații de la cel evaluat, dar metoda se bazează pe decepționarea subiectului și exploatarea sa, nicidecum pe respectul persoanei. Respectul persoanei este demonstrat în sănătatea mentală cu impat medico-legal tocmai prin clarificarea oricărei perceții greșite a rolului expertului și prin menținerea informațiilor confidențiale (în limitele procesului legal).

Psihiatrii cărora li se cere să împlinească ambele roluri vor identifica potențialele conflicte de interese, iar medicul curant ar trebui să nu devină și expertul medico-legal pentru cazul respectiv.

REPERE LEGISLATIVE ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ ȘI EXPERTIZA PSIHIATRICĂ MEDICO-LEGALĂ

În cadrul reglementărilor cu privire la confidențialitate din legea drepturilor pacientului (46/2003) se stipulează că toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale *sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.* În plus, informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. Codul deontologic al medicilor restricționează accesul la informațiile pacientului, menționând că secretul profesional trebuie păstrat față de colegi, cadre sanitare și instituțiile medicale *care nu sunt implicate* în actul medical al pacientului in cauza.

Orice amestec în viața privată, familială a pacientului este interzis, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului. Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

Pentru tratamentul pacienților psihiatrici, legea sănății mentale 487/2002 menționează situațiile în care pot fi dezvăluite informații referitoare la o persoană cu tulburare psihică: dacă există o dispoziție legală în acest sens, pentru stabilirea vinovăției în cazul unei infracîiuni prevăzute de lege, toate acestea fiind realizate doar cu acordul persoanei în cauză.

Referitor la exercițiul medicinei de expertiză judiciară, codul deontologic roman stipulează ca subiectul să fie informat în prealabil despre sensul examinării, de către expertul care nu a avut niciodată nici o relație de un gen oarecare cu cel expertizat, ceea ce i-ar putea influența raționamentele. În acest din urmă caz expertul are obligația de a se recuza, informând forurile competente cu privire la motivele recuzării. Raportul final nu va conține decât elemente de răspuns la chestiunile puse în decizia de numire a expertului. În rest, expertul este supus secretului profesional.

În concluzie, cum să alegem principiul guvernator al conduitei profesionale, în ce condiții, cum să interferăm cu deciziile și viața personală a acestor pacienți atunci când se impune o intervenție, sunt aspecte centrale în dezbaterile eticii în sănătatea mentală.

Respectul auto-determinării pacientului și astfel, a integrității persoanei este o cerință morală în toate relațiile umane, și cu precădere în cele din domeniul medical, unde există *de facto* un dezechilibru de putere. Deficiențele modelelor prezentate, derivate din respectul autonomiei, nu trebuie să conducă la abandonarea acestui principiu, ci la conștientizarea faptului că absolutizarea lui ar putea consitui un pericol moral.

Pe parcursul capitolului am pledat și pentru faptul că în medicină confidențialitatea rămâne un principiu de bază dar care trebuie individualizat de la caz la caz.

Dacă ar fi să onorăm obligația de respect a autonomiei, instituția medicală prin reprezentanții ei ar trebui să instruiască pacienții în „teoria şi practica confidențialității" incluzând limitele ei. Pacienții ar trebui să fie capabili să consimtă asupra includerii informațiilor în dosarul medical, la care să aibă acces într-o anumită măsură, şi să intervină în controlul asupra accesului altora la dosarul medical propriu.

Orice alegere am lua, ea va fi eminamente guvernată de respectul persoanei. Pornind de la aprecierea lui Andrei Plesu din Minima Moralia – *„Etica este o amenajare a lumii, în vederea locuirii ei, o întemeiere a unui spațiu, în care sufletul să se poată simți ca și cum ar fi acasă"* putem spune că etica medicală este amenjarea relației medic-pacient în care respectul are o singură casă. Aceea a persoanei umane care trăiește atât viața pacientului cât și a medicului.

ANEXE

ANEXA 1

SCRISOAREA METODOLOGICĂ PRIVIND DESFĂŞURAREA EXPERTIZELOR MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE

A. Principii generale de expertiza medico-legală psihiatrică

Expertiza medico-legală psihiatrică este un mijloc de probă, bazat pe o **lucrare ştiinţifică**, întocmită prin respectarea standardelor ştiinţifice, în acord cu normativele interne şi internaţionale de clasificare a bolilor şi a metodelor de analiză şi evaluare expertală. Orice expertiză medico-legală psihiatrică se efectuează cu respectarea drepturilor individuale ale persoanei, respectiv dreptul la asistenţă medicală, la apărare, la intimitate şi la protejarea datelor personale, cu respectarea drepturilor bolnavului psihic şi ale deţinutilor precum şi cu respectarea drepturilor experţilor, prevăzute de normele legale interne sau de cele internaţionale derivate din Convenţiile la care România este parte.

Persoana expertizată are dreptul să fie informată asupra motivaţiei şi obiectivelor expertizei, a necesităţii colaborării cu comisia, precum şi a necesităţii unor eventuale investigaţii complementare sau internări în diferite unităţi sanitare. Persoana expertizată poate refuza o investigaţie sau alta, sau chiar efectuarea expertizei, situaţie ce va fi comunicata de indata organului judiciar, iar expertiza nu se va efectua. Refuzul se consemnează sub semnătura persoanei şi va fi înaintat în copie organului judiciar, în arhiva instituţiei medico-legale păstrându-se originalul acestuia.

Conform art. 28, al.1 din Ordinul pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/C/25.05.2000 al Ministerului Justitiei şi nr.255/04.04.2000 al Ministerului Sănătăţii şi Familiei *„expertiza medico-legală psihiatrică se face numai prin* ***examinarea nemijlocită a persoanei****, în cadrul unei comisii alcătuite dintr-un medic legist, care este preşedintele comisiei, şi 2 medici psihiatri"*.

Conform art. 28, al.4, al aceluiaşi act normativ *„expertiza medico-legală psihiatrică se efectuează* ***numai pentru o anumită faptă sau circumstanţă****, având ca obiective principale stabilirea capacităţii psihice la momentul comiterii unei fapte prevăzute de legea penală sau al exercitării*

unui drept, a capacității psihice la momentul examinării și aprecierea asupra periculozității sociale și necesității instituirii măsurilor de siguranță cu caracter medical".

Conform art. 22, al.3 al aceluiași act normativ *„în cazul expertizei psihiatrice și al avizelor solicitate comisiei superioare sau comisiilor de avizare și control al actelor medico-legale* ***se înaintează obligatoriu materialul dosarului*** *necesar pentru efectuarea expertizei"*, prevedere care se regăsește și în art.24 al.1 și 2 al aceleiași norme, precum și în art 47 din HGR nr. 774 din 07.09.2000 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor OG nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările ulterioare aduse de HG 1204/2002 și Legea 271/2004.

Expertiza medico-legală psihiatrică trebuie să stabilească discernamântul în momentul sau la data săvârșirii faptelor. Acest moment trebuie reconstituit din punct de vedere bio-psiho-patologic. Circumstanțele biologice (starea de oboseală, travaliul la o gravidă etc.), cele psihologice (condiția de frică, panică, amenințare, izolare, ca și situația grupului familial și microsocial apartenent în configurația conflictului) precum și cele patologice (trauma fizică și psihică, afecțiuni psihiatrice, afectiuni somatice concomitente, starea de beție etc.) influențează momentul de conștiință și stau la baza **MOTIVAȚIEI actului antisocial** (este complexă), care nu trebuie confundată cu **MOBILUL** (scopul săvârșirii actului) și nici cu **MOTIVUL** (sau motivația exterioară – parte a motivației care a declanșat comiterea faptei). Rezultă că analiza celor 3 M (motivatie, mobil, motiv) este indisolubil legată de evaluarea discernamântului.

Discernământul nu trebuie raportat în mod formal la vârsta cronologică sau la diagnosticul de boală, ci la natura și circumstanțele de săvârșire a faptei, la elementele consecutive ale actului antisocial.

Nu orice bolnav psihic este întotdeauna iresponsabil față de faptele sale, indiferent de gravitatea bolii. Discernământul nu trebuie raportat în mod formal la diagnosticul de boală, ci la stadiul de evoluție, la intensitatea simptomatologiei, la caracterul concret în care subiectul a acționat, analizând mai ales capacitatea psihică de a anticipa critic consecințele ce vor decurge din faptele sale.

Apare astfel, ca o necesitate obiectivă, ca în momentul solicitării expertizei să se pună la dispoziție **date de anchetă cât mai complete și complexe**, în special în ceea ce privește materialul probator, având în

vedere că discernământul trebuie stabilit față de momentul săvârșirii unei anumite fapte sau al exercitării unui drept, la un moment anume. Cum marea majoritate a învinuiților sau inculpaților nu recunosc săvârșirea faptei respective, singura modalitate obiectivă de confruntare a relatărilor acestora din cadrul examenului psihic este soliditatea și complexitatea materialului probator, care este necesar a fi pus la dispoziția expertului. Idealul ar fi ca dispunerea oricărei expertize medico-legale psihiatrice să fie însoțită de o sinteză cât mai completă a întregului material probator din dosarul cauzei respective (ex. rechizitoriul), întocmită de organul de justiție competent, care să evidențieze elementele probatorii ale vinovăției învinuitului sau inculpatului. Când acest lucru nu este posibil, apare mai mult decât evidentă utilitatea punerii la dispoziția expertului a întregului dosar al cauzei.

În metodologia expertizei medico-legale psihiatrice **dosarul judiciar reprezintă principala sursă de documentare**, care trebuie să ***se realizeze prealabil examinării cazului*** și investigării specifice.

Având în vedere prevederile art. 41, al.2 din HGR nr. 774 din 07.09.2000 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor OG nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările ulterioare aduse de HG 1204/2002 și Legea 271/2004, conform căruia *„la efectuarea expertizelor medico-legale realizate de experții oficiali pot participa experți numiți de organele judiciare, la cererea părților, dintre cei înscriși pe listele întocmite de Ministerul Sănătății și Ministerul Justiției, cu avizul Consiliului superior de medicină legală"*, precizăm că numirea experților la cererea părților se face în conformitate cu Normele metodologice privind participarea expertului parte în cadrul lucrărilor medico-legale aprobate de Consiliul Superior de medicină legală în condițiile legii și intrate în vigoare de la 01.01.2012.

Conform drepturilor constituționale precum și a normelor legale în vigoare, fiecare persoană expertizată care nu cunoaște limba română sau ale cărei cunoștințe de limbă romînă nu corespund exigențelor examinărilor psihiatrice și psihologice sau este deprivată senzorial (surdomutitate) are dreptul de a fi examinat prin intermediul interpretului, situație în care instituțiile care solicită expertiza au obligația de a desemna un interpret agreat de Ministerul Justiției și care are posibilitatea reală de a se prezenta la instituția medico-legală.

Orice expertiză medico-legală psihiatrică se efectuează cu respectarea eticii expertale şi a rigurozităţii ştiinţifice.

B. Etapele desfăşurării primei expertize medico-legale psihiatrice.

1. În cazurile penale cu invinuitul aflat în stare de libertate:

1.1 Obiective la care trebuie şi poate să răspundă expertiza medico-legală psihiatrică în aceste cauze:

a – diagnosticul reconstituit pentru momentul comiterii faptei;

b – discernamântul din momentul comiterii faptei;

c – diagnosticul psihiatric actual;

d – necesitatea aplicării măsurilor de siguranţă cu caracter medical;

e – alte obiective absolut necesare şi motivat formulate de către organele judiciare, specifice cazului dat;

f – orice alte aspecte constatate, nesolicitate, dar considerate de expert ca fiind utile cauzei.

Expertiza medico-legală nu răspunde obiectivelor teoretice. Aceste informaţii se găsesc în manuale, tratate şi alte lucrări de specialitate şi nu ar face decât să prelungească nejustificat termenele, cu risipire de efort material şi intelectual inutil.

***Discernământul** reprezintă capacitatea persoanei de a aprecia critic conţinutul şi **consecinţele social-negative** ale faptei comise.*

1.2. Etapele desfăşurării expertizei

1. După primirea ordonanţei de efectuare a expertizei şi a materialului probator aferent, se emite o adresă de confirmare a înregistrării lucrării, prin care se va solicita punctual organului judiciar emitent, după caz, punerea la dispoziţie a informaţiilor suplimentare necesare efectuării expertizei. **Expertizele medico-legale în cazurile penale se efectuează cu prioritate,** iar dintre acestea **cazurile cu minori au prioritate absolută.** În situaţia imposibilităţii de asigurare logistică imediată a intrării în lucru a expertizei, se va proceda la încunoştiinţarea organului judiciar asupra necesităţii programării examinării cu comunicarea datei acesteia.

Conf. art. 29 al Ordinului pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/ C/ 25.05.2000 al Ministerului Justitiei şi nr.255/04.04.2000 al Ministerului Sănătăţii şi Familiei, *„în cazul în care expertiza priveşte persoane minore, dosarul va conţine şi **<u>ancheta socială</u>**,*

precum şi datele privind ***performanţa şcolară***". În conformitate cu modificările Codului de procedură penală prin Legea 202/2010 privind *„Ancheta socială în cazul expertizei psihiatrice a minorului"*, se introduce – Art. 127[1]: *„În vederea întocmirii expertizei psihiatrice a minorului, autoritatea tutelară în a cărei rază teritorială domiciliază minorul are obligaţia să efectueze ancheta socială la cererea unităţii sanitare de specialitate care efectuează expertiza"*. (se va folosi modelul din *anexa 1*)

2. Examinarea persoanei în cadrul comisiei:

– se face numai pe baza unui act de identitate. Când persoana nu posedă niciun act de identitate, aceasta va fi însoţită de un poliţist desemnat, care se legitimează, şi care confirmă nemijlocit comisiei identitatea persoanei ce urmează a fi examinată. În cazul minorului, examinarea se face numai în prezenţa unui părinte sau a reprezentantului legal al acestuia.

3. Efectuarea examenului psihic cu respectarea tuturor drepturilor legale ale persoanei examinate.

4. Dacă în urma informaţiilor medicale obţinute în urma primei examinări rezultă existenţa unor antecedente medicale semnificative în vederea stabilirii capacităţii psihice, se va solicita în scris organului judiciar punerea la dispoziţie a informaţiilor medicale respective. Documentaţia medicală se referă la copiile complete ale foilor de observaţie clinică, atunci când persoana a mai fost internată, copii ale fişelor medicale, certificate medicale sau documente de pensionare numai cu actele medicale justificative ce au stat la baza acestora, conform prevederilor art. 10 al Ordinului pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatarilor şi a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/C/25 05.2000 al Ministerului Justitiei şi nr.255/04.04.2000 al Ministerului Sănătăţii şi Familiei.

5. Efectuarea examenului psihologic.

6. Atunci când comisia de expertiză consideră necesar se poate proceda la internarea persoanei într-un spital de psihiatrie, în vederea stabilirii unui diagnostic prin investigaţii clinice şi paraclinice, precum şi eventual al unui plan terapeutic, în condiţii de supraveghere clinică. Internarea în spital se face prin solicitare scrisă (bilet de trimitere) a instituţiei medico-legale, cu nominalizarea spitalului în care urmează a fi internată persoana. Totodată se învederează atât persoana cât şi aparţinătorii sau reprezentantul legal al acesteia că dacă în termen de 3 (trei) luni nu se supun acestei dispoziţii, expertiza nu va putea fi

efectuată. Asupra dispoziției de internare va fi încunoștiințat în scris și organul judiciar solicitant al expertizei.

7. În situația în care persoana refuză efectuarea expertizei, procurorul sau instanța de judecată pot dispune internarea persoanei în vederea efectuării expertizei în conformitate cu dispozițiile art.117 alin.2 C.P.P., iar măsura este executorie. În această situație instituția medico-legală nu eliberează bilet de internare în spital. Medicul legist are obligația de a consemna în foaia de observație clinică momentul în care s-a terminat etapa de examinare de către comisie. În baza acestei consemnări medicul curant va încunoștiința organul judiciar care a dispus internarea, că bolnavul poate fi externat. Externarea se va face tot printr-o ordonanță a organului judiciar care a dispus internarea în vederea efectuării expertizei.

8. După externare, spitalul în care a fost internată persoana are obligația de a înainta instituției medico-legale respective copia completă a foii de observație și a investigațiilor efectuate.

9. După externarea din spital, atunci când este cazul, se procedează la reexaminarea în comisie în vederea corelării datelor medicale obținute cu cele probatorii, cu ancheta socială în cazul minorilor și cu referatul de evaluare, atunci când există la dosar. Cu această ocazie, dacă este posibil, se și concluzionează în raport cu obiectivele expertizei, numai în situația când întregul material solicitat a fost pus deja la dispoziția comisiei.

10. Analiza cazului și stabilirea concluziilor se face în comisie, numai după primirea întregului material informațional solicitat.

11. Redactarea raportului de expertiză.

12. Dactilografierea și semnarea raportului de expertiză.

Fezabilitatea termenelor de efectuare a expertizei

Etapa 1 durează 4-7 zile.

Etapele 2-4 durează 1 zi, dar depinde de promptitudinea cu care persoana se prezintă la examinare.

Etapa 5 durează 3-14 zile.

Etapa 6 durează 7-14 zile de la externare și depinde de promptitudinea cu care se trimite documentația medicală de către spital.

Etapa 8 este variabilă în timp și durează în funcție de promptitudinea cu care acționează organul judiciar pentru a pune la dispoziția experților materialul solicitat.

Etapa 9-10 durează 1-3 zile

Etapa 11 durează 3-15 zile în funcție de complexitatea cazului și volumul materialului ce urmează a fi sintetizat și curge numai din momentul primirii tuturor materialelor solicitate. Menționăm că acest termen poate fi prelungit la 30 de zile în funcție de numărul expertizelor aflate concomitent în lucru.

Etapa 12 durează 7-15 zile, în funcție de posibilitățile logistice ale instituției medico-legale.

Timpul mediu real și posibil: 30 zile – 90 zile, numai în condițiile punerii la dispoziție cu promptitudine a materialului probator solicitat și în condiții de flux normal de lucru.

Timpul de efectuare al unei expertize medico-legale psihiatrice depinde în mod esențial de buna colaborare dintre instituțiile judiciare și instituțiile medico-legale. Cunoașterea temeinică a problematicii medico-legale psihiatrice de către organele judiciare este factorul fundamental al scurtării termenelor de efectuare a expertizelor medico-legale psihiatrice și de creștere a calității actului medico-legal. Organul judiciar solicitant va fi încunoștiințat periodic (lunar sau ori de câte ori este necesar) asupra stadiului lucrării.

Orice disfuncționalitate intervenită în lanțul etapelor expertale mai sus enumerate va conduce la prelungirea timpilor de lucru și implicit la întârzierea finalizării expertizei.

La timpii de lucru menționați se pot adăuga și cei ce derivă din întârzierea îndeplinirii obligațiilor privind achitarea contravalorii prestațiilor medico-legale în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

2. În cazurile penale cu învinuitul aflat în stare de arest

2.1 Obiective la care trebuie și poate să răspundă expertiza medico-legală psihiatrică în aceste cauze:

a – diagnosticul reconstituit pentru momentul comiterii faptei;

b – discernământul din momentul comiterii faptei;

c – diagnosticul psihiatric actual;

d – necesitatea aplicării măsurilor de siguranță cu caracter medical;

e – alte obiective absolut necesare și motivat formulate de către organele judiciare, specifice cazului dat;

f – orice alte aspecte constatate, nesolicitate, dar considerate de expert ca fiind utile cauzei.

Expertiza medico-legală nu răspunde obiectivelor teoretice. Aceste

informații se găsesc în manuale, tratate și alte lucrări de specialitate și nu ar face decât să prelungească nejustificat termenele, cu risipire de efort material și intelectual.

2.2. Etapele desfășurării expertizei

1. În aceste situații, expertiza medico-legală psihiatrică se desfășoară în cadrul secției de psihiatrie a Spitalul Penitenciar București, în conformitate cu prevederile art. 28, al. 2 lit. b al Ordinului pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/C/25.05.2000 al Ministerului Justiției și nr. 255/ 04.04.2000 al Ministerului Sănătății și Familiei.

O dată cu emiterea ordonanței de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice către INML București, se va emite și dispoziția de transfer a arestatului în Spitalul Penitenciar București, secția psihiatrie.

2. După primirea ordonanței de efectuare a expertizei și a materialului probator aferent, INML București emite o adresă de confirmare a înregistrării lucrării, prin care va solicita punctual organului judiciar emitent, după caz, punerea la dispoziție a informațiilor suplimentare necesare efectuării expertizei.

3. Examinarea persoanei în cadrul comisiei se face numai după stabilirea diagnosticului în condițiile specifice de observație clinică prin internare și a efectuării investigațiilor de laboranor necesare. Dacă în urma examinării se consideră necesară suplimentarea investigațiilor paraclinice, efectuarea acestora va fi asigurată prin intermediul rețelei medicale a ANP din subordinea Ministerului Justiției, fie în unități medicale proprii, fie in unități medicale aflate în subordinea Ministerului Sănătății, în baza protocoalelor legale de colaborare.

4. Efectuarea examenului psihologic la INML București.

5. Dacă în urma informațiilor medicale obținute în urma examinării rezultă existența unor antecedente medicale semnificative în vederea stabilirii capacității psihice, se va solicita în scris organului judiciar punerea la dispoziție a informațiilor medicale respective. Documentația medicală se referă la copiile complete ale foilor de observație clinică (atunci când persoana a mai fost internată), copii ale fișelor medicale, documente de pensionare numai cu actele medicale justificative care au stat la baza eliberării acestora, conform prevederilor art. 10 al Ordinului pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale nr.

1.134/C/25 05.2000 al Ministerului Justiției și nr. 255/04.04.2000 al Ministerului Sănătății și Familiei.

6. În cazuri speciale, în care comisia de expertiză consideră necesar, se poate proceda la prelungirea perioadei de internare și continuarea observației clinice, dar nu mai mult de 30 de zile, după care persoana va fi reexaminată în cadrul comisiei de expertiză.

7. Analiza cazului și stabilirea concluziilor se face în comisie, numai după primirea întregului material informațional solicitat.

8. Redactarea raportului de expertiză.

9. Dactilografierea și semnarea raportului de expertiză.

Timpul mediu real și posibil: 30 zile – 45 zile, numai în condițiile punerii la dispoziție cu promptitudine a materialului probator solicitat, și în lipsa oricăror disfunctionalități în asigurarea logistică a obținerii rezultatelor medicale necesare.

3. Situații speciale în cazuri penale:

1. În cazurile excepționale, în care nu se poate stabili un diagnostic și se consideră necesară o internare mai mare de 30 de zile, se va proceda la încheierea unei expertize de etapă, prin ale cărei concluzii se va recomanda necesitatea aplicării provizorii a măsurilor de siguranță medicală prevazute de art. 114 cod penal, pe o perioadă de 3 – 6 luni, în scopul stabilirii diagnosticului, după care se va proceda la reexaminarea persoanei în comisie. Prin expertiza de etapă nu se poate stabili discernământul din momentul comiterii faptei. Evaluarea capacității psihice în acest caz se face ulterior, prin analiza întregului material probator din dosarul cauzei și a documentației medicale rezultate din internarea respectivă.

2. În cazul minorilor expertiza medico-legală psihiatrică se efectuează cu prioritate absolută, dar numai cu respectarea cu strictețe a metodologiei de lucru.

4. Expertiza medico-legală psihiatrică la persoane în cauze civile

4.1 Obiective la care poate să răspundă expertiza medico-legală psihiatrică în aceste cauze:

- prezența **competenței psihice** (echivalentă noțiunii de *capacitate psihică de exercițiu* folosită până acum) la momentul exercitării unui drept civil, în sensul constatării dacă persoana respectivă a acționat cu liberă

voință, conform propriului interes, fără a fi influențată, sugestionată, manipulată, dând dovadă că este în cunoștință de cauză în ceea ce privește reglementările legale vizând actele civile ce dorește să le încheie și implicit că poate înțelege critic, predictiv, consecințele social-juridice ce pot decurge din încheierea actului respectiv.

- **competența psihică** de a se autoîngriji, de a se autoconduce, de a-și reprezenta interesele și/sau de a decide asupra drepturilor și obligațiilor propriei persoane în vederea punerii sub interdicție.
- **competența psihică** de a educa și ingriji minorul în cauzele de încredințare minori;
- **competența psihică** de a înțelege și asuma consecințele biologice ireversibile, sociale și juridice ale schimbării anatomice a sexului în cazurile de **tulburare de identitate sexuală** (transsexualism).
- analiza **funcției volitive** și a **cognitivității** se face cu scopul de a stabili dacă persoana a acționat cu liberă voință și în interes propriu, sau este capabilă să decidă cu liberă voință asupra propriilor interese.

NOTĂ: Deși doctrina de drept folosește noțiunea de **discernământ**, aceasta este improprie cauzelor civile, deoarece ea se referă la analiza consecințelor social negative ale unei fapte penale, ori în civil este vorba, în principal de analiza cognitivității și a voinței în raport cu consecințele social-juridice ale exercitării unui drept civil. Ca atare, noțiunea corectă științific este de **competența psihică** de a încheia un act juridic, de a-și exercita un anume drept civil, de a educa și îngriji minorul, de a se autoîngriji și de a-și reprezenta singură interesele, etc. **Incompetența psihică** atrage lipsa capacității de exercițiu și trebuie demonstrată. Noua legislație civilă reglementează aceste aspecte astfel:

Art. 211 – cap. X – Dispoziții finale, din Legea nr. 71/2011, privind Legea de punere în aplicare a noului Cod Civil, care nu este încorporată în forma republicată a Legii nr. 287/2009 și care se aplică în continuare ca dispoziție proprie a Legii nr. 71/2011 precizează: ***în sensul Codului civil, precum și al legislației civile în vigoare, prin expresiile alienație mintală sau debilitate mintală se înțelege o boală psihică ori un handicap psihic ce determină incompetența psihică a persoanei de a acționa critic și predictiv privind consecințele social-juridice care pot decurge din exercitarea drepturilor și obligatiilor civile.***

4.2. Etapele desfășurării expertizei

1. După primirea ordonanței de efectuare a expertizei și a materialului probator aferent, se emite o adresă de confirmare a

înregistrării lucrării, prin care se va solicita punctual organului judiciar emitent, după caz, punerea la dispoziție a informațiilor suplimentare necesare efectuării expertizei. Totodată, se va comunica termenul privind programarea persoanei pentru a fi examinată nemijlocit de către comisia de expertiză. În cazul acestui tip de expertiză medico-legală psihiatrică **dosarul cauzei reprezintă principala sursă de documentare**, care trebuie să se realizeze prealabil examinării cazului și investigării specifice.

2. Studiul preliminar al dosarului cauzei pentru analiza motivației.

3. Examinarea persoanei în cadrul comisiei de expertiză și efectuarea examenului psihic.

4. Efectuarea examenului psihologic.

5. Atunci când comisia de expertiză consideră necesar, se poate dispune internarea persoanei într-un spital de psihiatrie, în vederea stabilirii diagnosticului prin investigații clinice și paraclinice de specialitate. Internarea în spital se face prin solicitare scrisă (bilet de trimitere) a instituției medico-legale, cu nominalizarea spitalului în care urmează a fi internată persoana. Totodată se însedereaza atât persoana cât și aparținătorii sau reprezentantul legal al acesteia că dacă în termen de 3 (trei) luni nu se supun acestei dispoziții, expertiza nu va putea fi efectuată. Asupra dispoziției de internare va fi încunoștiințat în scris și organul judiciar solicitant al expertizei.

6. După externare, spitalul în care a fost internată persoana are obligația de a înainta instituției medico-legale respective copia completă a foii de observație și a investigațiilor efectuate.

7. Dacă în urma informațiilor medicale obținute în urma primei examinări rezultă existența unor antecedente medicale semnificative în vederea stabilirii capacității psihice, se va solicita în scris organului judiciar punerea la dispoziție a informațiilor medicale respective. Documentația medicală se referă la copiile complete ale foilor de observație clinică, atunci când persoana a mai fost internată, copii ale fișelor medicale, documente de pensionare numai cu actele medicale justificative ce au stat la baza acestora, conform prevederilor art. 10 al Ordinului pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/C/25 05.2000 ale Ministerului Justiției și nr. 255/04.04.2000 ale Ministerului Sănătății și Familiei.

NOTĂ: Având în vedere dreptul ambelor părţi de a avea acces la toate probele din dosar în egală măsură, orice document medical sau non-medical preexistent examinării se solicită numai prin intermediul instanţei de judecată, nefiind admisă depunerea de documente direct de către părţi.

8. După externarea din spital, se procedează de regulă la reexaminarea în comisie în vederea corelării datelor medicale obţinute cu cele probatorii şi cu ancheta socială. Cu această ocazie, dacă este posibil, se şi concluzionează în raport cu obiectivele expertizei, numai în situaţia când întregul material solicitat a fost pus deja la dispoziţia comisiei.

9. Ancheta socială este obligatorie (vezi *anexa 2*).

10. Analiza finală a cazului şi stabilirea concluziilor se face în comisie, numai după primirea întregului material informaţional solicitat.

11. Redactarea raportului de expertiză.

12. Dactilografierea şi semnarea raportului de expertiză.

Fezabilitatea termenelor de efectuare a expertizei

Etapa 1 durează 4-7 zile.

Etapa 2 durează 1-5 zile, cu extinderea timpului de studiu în dosarele cu mare complexitate.

Etapele 3 şi 4 durează 1 zi, dar depinde de promptitudinea cu care persoana se prezintă la examinare.

Etapa 5 durează 3-7 zile.

Etapa 6 durează 7-14 zile de la externare şi depinde de promptitudinea cu care se trimite documentaţia medicală de către spital.

Etapa 7 este variabilă în timp şi durează în funcţie de promptitudinea cu care acţionează organul judiciar pentru a pune la dispoziţia experţilor materialul solicitat.

Etapa 8 durează 1 zi.

Etapa 10 şi 11 durează 3-15 zile, în funcţie de complexitatea cazului şi de volumul materialului ce urmează a fi sintetizat şi curge numai din momentul primirii tuturor materialelor solicitate. Menţionăm că acest termen poate fi prelungit la 30 de zile în functie de numărul şi complexitatea expertizelor aflate concomitent în lucru.

Etapa 12 durează 7-15 zile, în funcţie de posibilităţile logistice ale departamentului de psihiatrie medico-legală.

Timpul mediu real şi posibil: 45 zile – 90 zile, numai în condiţiile punerii la dispoziţie cu promptitudine a materialului probator solicitat şi în conditii de flux normal de lucru.

Timpul de efectuare al unei expertize medico-legale psihiatrice depinde în mod esențial de buna colaborare dintre instituțiile judiciare și instituțiile medico-legale. Cunoașterea temeinică a problematicii medico-legale psihiatrice de către organele judiciare este factorul fundamental al scurtării termenelor de efectuare al expertizelor medico-legale psihiatrice și de creștere a calității actului medico-legal. Organul judiciar solicitant va fi încunoștiințat periodic (lunar sau ori de câte ori este necesar) asupra stadiului lucrării.

Orice disfuncționalitate intervenită în lanțul etapelor expertale mai sus enumerate va conduce la prelungirea timpilor de lucru și implicit la întârzierea finalizării expertizei.

La timpii de lucru menționați se pot adăuga și cei ce derivă din întârzierea îndeplinirii obligațiilor privind achitarea contravalorii prestațiilor medico-legale în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

5. Situații speciale în cazuri civile:

1. În conformitate cu prevederile art. 28, al. 2 lit. a și c, al Ordinului pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/C/25.05.2000 al Ministerului Justiției și nr. 255/ 04.04.2000 al Ministerului Sănătății și Familiei, *„în cazul bolnavilor netransportabili, cu suferințe evolutiv letale sau aflați în stare gravă în condiții de spitalizare comisia se poate deplasa la patul bolnavului pentru efectuarea expertizei*" și în situația punerii sub interdicție. Deplasarea comisiei la domiciliu este o procedură excepțională și se face numai acolo unde se pot asigura condiții logistice adecvate, și numai cu acordul șefului de laborator sau al directorului instituției medico-legale (art. 19, al. 2, al aceluiași act normativ – *„examinarea la domiciliu sau la reședința persoanei examinate se poate aproba, în mod excepțional, de conducătorul instituției de medicină legală*"). Această procedură se aplică numai acolo unde domiciliul persoanei ce urmează a fi expertizată, sau locul de spitalizare se află în competența teritorială a instituției medico-legale respective.

2. În cazurile privind **tulburarea de identitate sexuală (transsexualism)** expertiza medico-legală se efectuează etapizat.

Având în vedere particularitățile acestor cazuri, complexitatea și implicațiile sociale, juridice, etice și mai ales cele date de ireversibilitatea intervenției medico-chirurgicale, acest tip de expertiză se efectuează numai

la INML „Mina Minovici" Bucureşti, în cadrul căruia funcţionează singurul departament de psihiatrie medico-legală din ţară, fiind desemnată o comisie specială de expertiză, formată din experţi cu mare experienţă. Expertiza este etapizată şi durează circa 3 ani, efectuându-se 3 expertize de etapă. Expertiza, în ansamblul ei, este unică şi irepetabilă, fiind necesar a fi avizată şi de către Comisia Superioară de Medicină Legală. Dacă pe parcursul celor 3 ani se constată suficiente elemente medicale şi medico-legale psihiatrice, care să contraindice intervenţia finală pentru schimbarea anatomică a sexului, precum şi/sau nerespectarea recomandărilor impuse de comisia de expertiăa, atunci lanţul expertal se poate întrerupe, putân-du-se formula concluziile definitive în acest sens oricând în interiorul celor 3 ani.

Intervenţia finală este de tip mutilant, creând organe genitale externe nefuncţionale senzitiv sau motor, fiind urmată obligatoriu de tratament hormonal de substituţie pentru tot restul vieţii. Având în vedere că aceste cazuri privesc numai aspectele vieţii intime a persoanei, se recomandă ca acestea să nu facă obiectul judecăţii publice, iar accesul la datele din dosar să fie restricţionat publicului.

2.1 Obiective la care poate să răspundă expertiza medico-legală psihiatrică în aceste cauze:

a. stabilirea diagnosticului de transsexualism primar;

b. stabilirea capacităţii psihice de a înţelege consecinţele ireversibile biologice, cele psihologice precum şi riscurile etapelor medicale ce le va avea de parcurs;

c. evaluarea riscurilor medico-chirurgicale postintervenţionale;

d. evaluarea prognosticului şi a riscurilor în cazul neaprobării solicitării.

2.2. Etapele desfăşurării expertizei

1. Etapa I

1.1. După primirea ordonanţei de efectuare a expertizei şi a materialului probator aferent, se emite o adresă de confirmare a înregistrării lucrării, prin care se va solicita punctual organului judiciar emitent, după caz, punerea la dispoziţie a informaţiilor suplimentare necesare efectuării expertizei. Totodată se va înainta instanţei o informare ştiinţifică teoretică, într-un limbaj accesibil, asupra problematicii medicale şi etice ale transsexualismului şi se va comunica

termenul privind programarea persoanei pentru a fi examinată nemijlocit de către comisia de expertiză.

1.2. Studiul preliminar al dosarului cauzei pentru analiza motivației.

1.3. Examinarea persoanei în cadrul comisiei de expertiză şi efectuarea examenului psihiatric. Cu această ocazie pacientul va fi informat asupra tuturor aspectelor medicale, sociale şi psihologice pe care le implică solicitarea sa. Totodată pacientului i se va pune în vedere că va trebui să mențină contactul permanent cu comisia de expertiză, după un program stabilit în comun.

1.4. În aceste cazuri internările sunt obligatorii. După efectuarea internării în Institutul de Endocrinologie „C.I. Parhon", pacientul va fi internat în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Al. Obregia".

1.5. În cazurile în care pacientul este de sex feminin se va efectua un examen ginecologic complet, ce va cuprinde şi sfera mamară.

1.6. În funcție de datele obținute până în acest moment, comisia poate solicita şi alte investigații medicale suplimentare.

1.7. După obținerea rezultatelor, urmează o nouă examinare psihiatrică în cursul căreia se obține consimțământul informat asupra următoarelor etape medicale şi se stabileşte strategia psihoterapeutică.

1.8. Efectuarea primei expertize de etapă, prin care se stabileşte sau nu diagnosticul şi se recomandă tratament psihoterapeutic.

Pentru evaluarea de etapă este necesară şi solicitarea prealabilă a unei anchete sociale specifice, cu menționarea punctuală a informațiilor necesare.

2. Etapa II

2.1. Se mai numeşte şi „**proba vieții trăite**", care implică:

2.2. Dovada activității în medii dominate de persoane aparținând sexului pe care îl doreşte;

2.3. Relații directe cu persoane care şi-au schimbat anatomic sexul şi cu persoane care au renunțat la schimbarea sexului.

2.4. Începe şi continuă tratamentul psihoterapeutic specific minimum 1 an.

2.5. Proba vieții trăite durează minimum 1 an.

2.6. Se efectuează un nou examen psihiatric.

2.7. Efectuarea celei de-a 2-a expertize de etapă, pe baza raportului psihoterapeutului şi a dovezilor privind proba vieții trăite. Obiectivul

principal al celei de-a 2-a expertize este cel de stabilire a posibilității și oportunității instituirii tratamentului hormonal.

Din acest moment persoana este angajată în etapa de modificare a parametrilor biologici. Aplicarea tratamentului hormonal se face numai cu consimțământul informat al persoanei, semnat în original, din care un exemplar va fi depus la dosarul cauzei.

3. Etapa III

3.1. Este reprezentată de efectuarea tratamentului endocrinologic. În situația în care medicul endocrinolog constată contraindicații de continuare a tratamentului sau alte cauze ce ar putea deveni periculoase pentru viața sau sănătatea persoanei, se va întrerupe procedura de schimbare a sexului.

3.2. În situația în care persoana renunță la continuarea procedurilor în această etapă, va aduce la cunoștința experților dorința sa.

3.3. Durata tratamentului endocrinologic este stabilită de medicul endocrinolog în exclusivitate.

3.4. Pe parcursul tratamentului pacientul va fi reexaminat psihiatric la un interval de câte 3 luni.

3.5. Se continuă și în această perioadă psihoterapia, fiind puse periodic la dispoziția comisiei protocoalele psihoterapeutice.

3.6. Dacă evoluția psihoterapeutică și endocrinologică este favorabilă, se efectuează ultima examinare psihiatrică în comisie și se efectuează raportul final prin care se recomandă schimbarea anatomică a sexului.

Intervențiile chirurgicale nu pot avea loc decât după pronunțarea hotărârii judecătorești.

6. Expertiza medico-legală psihiatrică în cauze civile cu defunct (pe acte)

Expertiza medico-legală psihiatrică în aceste cazuri nu constituie numai o activitate de cercetare și de investigare, ci și **de reconstituire a unui tablou psihopatologic** al unei persoane ce nu mai poate fi examinată, activitate de mare complexitate și răspundere, pentru că ea nu se poate baza numai pe presupunerea unor posibilități de reacție comportamentală, ci trebuie să fie obiectivată și documentată științific.

1.1. După primirea ordonanței de efectuare a expertizei și a materialului probator aferent, se emite o adresă de confirmare a înregistrării lucrării, prin care se va solicita punctual organului judiciar

emitent, după caz, punerea la dispoziție a informațiilor suplimentare necesare efectuării expertizei. În cazul acestui tip de expertiză medico-legală psihiatrică **dosarul cauzei reprezintă principala sursă de documentare.**

Totodată se va preciza dacă dosarul poate fi luat în lucru imediat, sau, dacă este excedată capacitatea laboratorului, se va estima termenul la care dosarul poate fi luat în lucru, şi se va preciza şi timpul estimativ de finalizare a lucrării.

2. Studiul preliminar al dosarului cauzei de către medicul psihiatru ce va întocmi raportul de expertiză.

3. Prezentarea cazului în cadrul comisiei ori de câte ori se consideră necesar, în funcție de complexitatea cazului.

4. Dacă în urma studiului cazului rezultă existența unor antecedente medicale semnificative în vederea stabilirii capacității psihice, se va solicita în scris organului judiciar punerea la dispoziție a informațiilor medicale respective. Documentația medicală se referă la copiile complete ale foilor de observație clinică, atunci când persoana a mai fost internată, copii ale fişelor medicale, documente de pensionare numai cu actele medicale justificative ce au stat la baza acestora, certificate medicale, conform prevederilor art. 10 al Ordinului pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale nr. 1.134/C/25.05.2000 al Ministerului Justiției şi nr. 255/04.04.2000 al Ministerului Sănătății şi Familiei.

5. Dacă se consideră necesară punerea la dispoziție a altor date, acestea se solicită în scris organului judiciar. Ori de câte ori este posibil, se va solicita ancheta socială la domiciliul defunctului, aceasta fiind forma de obținere neutră a unor date necesare reconstituirii statusului psihic. (vezi *anexa 3*)

NOTĂ: Având în vedere dreptul ambelor părți de a avea acces la toate probele din dosar în egală măsură, orice document medical sau non-medical necesar se solicită numai prin intermediul organului judiciar solicitant al expertizei, nefiind admisă depunerea de documente direct de către părți.

6. Atunci când este cazul, dosarul poate fi analizat individual şi de către ceilalți doi membri ai comisiei de expertiză.

7. Analiza finală a cazului şi stabilirea concluziilor se face în comisie, numai după primirea întregului material informațional solicitat.

8. Redactarea raportului de expertiză.
9. Dactilografierea şi semnarea raportului de expertiză.

NOTĂ: Având în vedere complexitatea acestor cazuri, instituţia medico-legală va înştiinţa periodic (lunar) organul judiciar emitent asupra stadiului lucrării şi a timpului estimativ de finalizare al lucrării.

Fezabilitatea termenelor de efectuare a expertizei

Timpul mediu real şi posibil: 45 zile – 90 zile, numai în condiţiile punerii la dispoziţie cu promptitudine a materialului probator solicitat şi în conditii de flux normal de lucru.

Timpul de efectuare a unei expertize medico-legale psihiatrice depinde în mod esenţial de buna colaborare dintre instituţiile judiciare şi institutiile medico-legale. Cunoaşterea temeinică a problematicii medico-legale psihiatrice de către organele judiciare este factorul fundamental al scurtării termenelor de efectuare a expertizelor medico-legale psihiatrice şi de creştere a calităţii actului medico-legal. Organul judiciar solicitant va fi încunoştiinţat periodic (lunar sau ori de câte ori este necesar) asupra stadiului lucrării.

Orice disfuncţionalitate intervenită în lanţul etapelor expertale mai sus enumerate va conduce la prelungirea timpilor de lucru şi implicit la întârzierea finalizării expertizei.

La timpii de lucru menţionaţi se pot adăuga şi cei ce derivă din întârzierea îndeplinirii obligaţiilor privind achitarea contravalorii prestaţiilor medico-legale în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

C. Etapele desfăşurării noii expertize medico-legale psihiatrice

1. Noua expertiză medico-legală psihiatrică este cea mai complexă expertiză medico-legală psihiatrică, deoarece necesităţile de documentare precum şi etapele expertale sunt doar în general similare cu cele menţionate anterior, pentru prima expertiză medico-legală psihiatrică, existând următoarele excepţii:

- examinările persoanei sunt obligatoriu seriate (două sau oricâte sunt necesare în vederea edificării comisiei) şi se fac exclusiv în sediul instituţiei medico-legale;

- internarea persoanei într-un spital de psihiatrie în vederea stabilirii diagnosticului în condiţii de supraveghere medicală este

obligatorie; pentru situațiile rare în care nu se pot realiza aceste condiții se menționează o motivație amplă, fundamentată științific,

- analiza documentară a cazului se face numai prin studierea întregului dosar, documentele medicale primare fiind strict obligatorii; pentru un raport cât mai documentat este de preferat ca în cazul în care pe parcurs apar, la nivelul instituției solicitante, informații noi, să ne fie înaintate;

- comisia are obligația de a răspunde tuturor obiecțiilor părților;
- de regulă, cazurile sunt dificile atât sub aspectul cauzalitatii cât și, mai ales, sub aspect psihopatologic, situații care impun documentare profesională suplimentară, în acord cu ultimele date științifice internaționale, validate;
- frecvent sunt necesare informații suplimentare față de cele standard pe care le-am enumerat anterior;
- absența studierii dosarului, anterior primei examinări, determină imposibilitatea schițării interviului psihiatric semistructurat, țintit, ceea ce conduce la temporizare până la primirea dosarului și, chiar, a altor informații, în vederea reluării examinărilor și/ sau a suplimentării investigațiilor complementare.
- raportul de expertiză este întotdeauna detaliat și complex, amplu argumentat, necesitând capitole suplimentare.

2. Comisia de nouă expertiză medico-legală psihiatrică din cadrul INML București este unică pe țară, cu specificul menționat anterior, deoarece efectuează noi expertize medico-legale psihiatrice și după noile expertize și avizările întocmite la celelalte Institute Medico-legale din țară;

3. Comisia funcționează în plen o singură zi pe săptămână; responsabilitățile medicilor membri ai comisiei fiind bine repartizate (ex. de redactarea rapoartelor se ocupă un singur medic); în ziua respectivă (ziua de marți a săptămânii la INML București) efectuându-se examinări, discuții asupra cauzelor, stabilirea concluziilor și semnări ale rapoartelor finalizate.

4. Comisia de nouă expertiză medico-legală psihiatrică din cadrul INML București are capacitatea de a procesa, în mod efectiv, maximum 100 de noi expertize/an. Din acest motiv solicităm sprijinul organelor judiciare de a dispune efectuarea acestui tip de expertiză numai în situații bine motivate și în care se consideră indispensabile în soluționarea cauzei.

5. Timpii de efectuare a expertizei prevăd:

5.1, balearea lucrărilor expertizate pentru a se stabili, la prima vedere, necesarul de informaţii şi a se direcţiona corespondenţa şi invitarea persoanelor la INML (prin intermediul instanţelor şi prin liste standard înaintate Spitalului Penitenciar Bucureşti şi penitenciarului Rahova);

5.2. efectuarea corespondenţei;

5.3. 2-4 examinări (sau, la necesitate, după efectuarea unui tratament apt de a permealiza persoana la posibilitatea susţinerii unui interviu psihiatric) pentru persoanele arestate;

5.4. minimum 2 examinări pentru persoanele aflate în stare de libertate (la prima examinare se recomandă, de regulă, internare în spital de psihiatrie, uneori şi în alte spitale ceea ce creşte perioada alocată examinărilor; a doua examinare are loc, obligatoriu, după externarea din spital); uneori, în situaţia în care s-au primit datele solicitate este necesară rechemarea persoanelor pentru o nouă reexaminare;

Teoretic, în această perioadă se efectuează şi diferitele examinări complementare sau consulturi interdisciplinare; în funcţie de situaţie, acestea pot fi suplimentate şi pe parcurs; în cazul persoanelor arestate aceste solicitări se onorează de către SPB Jilava în funcţie de posibilităţile logistice proprii şi de posibilităţile de planificare la unităţi specializate din cadrul M.J. şi/sau M.S.; în cazul persoanelor aflate în stare de libertate timpii acestei perioade depinde de stadiul evolutiv al bolii, de planificările posibile (ale investigaţiilor solicitate de INML sau recomandate de către spital) la nivelul spitalelor, primirea copiilor complete după documentaţiile medicale întocmite; tot în această perioadă se aşteaptă şi eventualele anchete sociale solicitate precum şi rezultatele altor lucrări medico-legale efectuate anterior; în cazul lucrărilor pe acte această fază nu există, dar, ca timp, este compensată de aşteptarea datelor medicale primare, a anchetelor sociale.

5.5. documentarea ştiinţifică, analiza amănunţită a tuturor datelor avute la dispoziţie precum şi prelucrarea psihopatologică a tuturor informaţiilor;

5.6. stabilirea concluziilor în plenul comisiei;

5.7. redactarea raportului care, în funcţie de complexitate poate dura între 1 – 10 zile;

La redactarea raportului se au în vedere răspunsuri argumentate la obiecţiuni, motivarea detaliată a concluziilor, expunerea detaliată a datelor avute la dispoziţie, a timpilor de desfăşurare a expertizei şi modul

în care au fost respectate reglemetările legale în vigoare, instrumentele internaționale privind asistanța sanitară, asistența psihiatrică și medico-legală, drepturile persoanei etc. (la care România este parte semnatară); la redactarea detaliată a raportului se are în vedere (în cazul expertizelor pe persoane) ca această comisie reprezintă cel mai înalt nivel și ultimul la care expertizarea se efectuează prin examinare nemijlocită; se urmărește evitarea recomandării refacerii prin insuficiență de analiză și argumentare;

5.8. dactilografierea raportului (al cărui număr de pagini variază, în funcție de caz, între 6 și 30 pagini);

5.9. semnarea raportului, în plenul comisiei (în condițiile expuse, în sensul că aceasta funcționează o zi pe săptămână, unul din membrii comisiei fiind salariat al Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia");

5.10. după semnarea raportului, acesta este înaintat din oficiu Comisiei de Avizare și Control din cadrul INML; după analiza raportului se redactează avizul, se semnează de către membrii comisiei și se expediază; în cazuri precizate de instituția solicitantă sau de către conducerea INML raportul de nouă expertiză medico-legală psihiatrică poatre fi înaintat direct Comisiei Superioare de Medicină Legală.

6. Fezabilitatea termenelor de efectuare a expertizei

În condițiile expuse, nu se poate preciza un timp clar pentru fiecare pas al desfășurării expertizei; majoritatea pașilor expuși depind de un circuit acte – persoană – instituții sanitare adecvat și coerent;

Timpul mediu real și posibil, doar al Comisiei de Nouă Expertiză Medico-legală Psihiatrică: 60 zile-90 zile, numai în condițiile punerii la dispoziție cu promptitudine a materialului probator solicitat și în condiții de flux normal de lucru; pentru persoanele arestate se încearcă o grăbire a primilor pași pentru a nu îngreuna activitatea SPB Jilava și de regulă se ține cont și de data arestării; în cauzele de expertize pe acte timpii de desfășurare sunt prelungiți prin solicitări suplimentare, așteptarea documentelor solicitate și a anchetelor sociale prin analiza, pe model psihopatologic, a informațiilor precum și prin redactarea raportului care este mai laborioasă;

7. Alte aspecte

Comisia de Nouă Expertiză Medico-Legală Psihiatrică este deschisă, participând și personal în formare (rezidenți, cursanți INM, alți specialiști etc.);

Timpul de efectuare a unei expertize medico-legale psihiatrice depinde în mod esențial de buna colaborare dintre instituțiile judiciare și instituțiile medico-legale.

D. Valoarea și limitele probatorii ale expertizei medico-legale psihiatrice

Expertiza medico-legală psihiatrică nu are valoare probatorie prestabilită.

Valoarea probatorie a unei expertize medico-legale psihiatrice nu poate fi stabilită decât de către organul judiciar care instrumentează cazul respectiv, singurul în măsura să alcătuiască corelația probelor și să conducă, în mod informat, la convingerea magistratului asupra stabilirii formei și gradului de vinovăție și implicit a responsăbilității față de faptă, precum și la necesitatea dispunerii aplicării măsurilor de siguranță medicală prevăzute de codul penal recomandate prin expertiză, în raport cu gradul de periculozitate socială a individului și a riscului de reiterare a unor fapte antisociale evaluate prin expertiză.

Expertiza medico-legală nu are competența de a stabili responsabilitatea nici civilă și nici penală. Ea poate și trebuie să furnizeze însă, elementele necesare justiției pentru ca aceasta să poată stabili forma de vinovăție și responsabilitatea. Pornind de la premisa existenței prezumate atât a responsabilității civile cât și a celei penale, atunci atât iresponsabilitatea penală cât și incapacitatea (incompetența) psihică trebuie demonstrate. Ca atare, expertizei medico-legale îi revine rolul de a demonstra științific elemntele ce pot conduce la stabilirea iresposabilității sau a incapacității (incompetenței) psihice.

Fiind o lucrare științifică, în primul rând guvernată de principiile eticii și deontologiei expertale, expertiza medico-legală psihiatrică este supusă limitelor oferite de rigurozitatea științifică. Rezultă astfel 3 situații posibile:

a – stabilirea clară a obiectivelor (prezența, scăderea sau absența discernământului, prezența sau absența competenței psihice, etc.)

b – lipsa posibilității de stabilire a obiectivelor (prin lipsa elementelor criteriologice medico-legale psihiatrice de reconstituire a statusului bio-psiho-patologic din momentul comiterii faptei, sau al exercitării unui drept civil)

c – situații incerte, în care nu se poate stabili, dar se poate opina asupra obiectivelor (prin lipsa elementelor criteriologice medico-legale

psihiatrice suficiente de reconstituire a statusului bio-psiho-patologic din momentul comiterii faptei, sau al exercitării unui drept civil).

Din punct de vedere teoretic experții trebuie să analizeze atât tulburările psihice mai mult sau mai puțin evidente cât și acel status psihic care a permis să se acționeze asupra persoanei în vederea vicierii discernamantului sau consimțământului; aspectul este deosebit de important deoarece în majoritatea cazurilor vicierea consimțământului, manipularea sau inducerea în eroare nu pot fi probate juridic. În situația aceasta comisia medico-legală psihiatrică analizează dosarul, in intregime, pentru a surprinde orice amănunt, pro- și contra, în analiza și aprecierea logicii motivaționale și sociale care a stat la baza întocmirii unui act de dispoziție (de ce persoana face acest act, în ce condiții, în favoarea cui și mai ales în defavoarea cui și de ce) în concordanță cu propriile interese ale persoanei care a întocmit actul cu efecte juridice. Remarcăm că este singura speță în care ne putem referi și la cutumele ancestrale (pattern cultural, etnic, religios), respectiv la elemente de drept natural, aceste elemente putând, uneori, constitui fundamentul unei logici motivaționale care nouă ne scapă. De multe ori documentația nonmedicală ne orientează mai bine decât actele medicale. Mai menționăm că prezența unor tulburări psihoorganice nu determină automat absența capacității psihice de a întocmi acte civile, după cum nici sănătatea psihică bună sau optimală nu exclude modificări voliționale la un moment dat și într-o situație dată. Frecvent, pentru patologia vasculară și endocrină nu se regăsesc în documentația consultată elemente medicale cu valoare criteriologică medico-legală psihiatrică care să permită aprecierea competenței psihice a persoanei la un moment anterior decesului, moment în care s-a întocmit un act civil.

Caracteristica principală a activității de expertiză medico-legală psihiatrică este de reconstituire, prin metode specifice, a unui status psihic anterior examinării persoanei și a documentelor.

ANEXA 2

TIPURI DE ANCHETE SOCIALE

I. Ancheta socială pentru minori

1. Date despre familia de origine

1.1. Tipul familiei (organizată, reorganizată, destrămată etc.), membrii familiei (inclusiv vârstă, ocupație, școlarizare, antecedente patologice), situația locativă, situația socio – economico – culturală;

1.2. Calitatea relațiilor intrafamiliale precum și ale familiei cu mediile apartenente;

1.3. Antecedente comportamentale și/sau penale ale membrilor familiei; aspecte legate de violență intrafamilială;

1.4. Consum de substanțe psihoactive (alcool, droguri de mare risc, medicamente psihotrope etc.)

2. Date despre minor

2.1. Locul în fratrie, școlarizare, antecedente medicale, antecedente comportamentale și/sau penale, eventuale venituri din activități proprii;

2.2. Relații și comportament în cadrul familiei și în cadrul grupului apartenent al familiei (rude, vecini, prieteni), în sensul modului în care este perceput/caracterizat de către aceștia;

2.3. Grupul personal apartenent (grup stradal, grup școlar, grup infractogen, grup cu adulți etc) și locul în cadrul grupului (lider, condus, manipulat etc.) – inclusiv modul în care este perceput de grupul apartenent; absența integrării în cadrul unui grup, benefic sau detrimental trebuie menționată.

2.4. Modul de petrecere a timpului liber (inclusiv jocuri mecanice, jocuri pe internet etc);

3. Alte aspecte considerate semnificative pentru comportamentul minorului.

4. Anchetele sociale se întocmesc de către Autoritatea Tutelară din cadrul Primăriilor competente teritorial.

NOTĂ:

Declarațiile „crude" ale intervievaților, atunci când există, ne oferă mai multe posibilități de analiză corectă (analize încrucișate cu reducție

fenomenologică) şi de înlăturare a declaraţiilor subiective şi/sau de rea credinţă.

În general, ancheta socială ar trebui să reprezinte un argument pentru identificarea sistemului motivaţional al persoanei expertizate în vederea delimitării unei eventuale motivaţii patologice şi/sau a unor modificări volitive.

Precizarea structurii temperamentului/personalităţii (inclusiv a tulburărilor de personalitate) se efectuează corect doar analizând cursa existenţială a persoanei (numită „personalitate premorbidă") – de aceea informaţiile solicitate sunt înscrise şi în clasificarea maladiilor (a OMS şi a tuturor instrumentelor de diagnostic psihiatric) la codurile adiţionale .

II. Anchetă socială în cazurile civile

1. Date despre persoană

a. Instrucţie, activitate şi ruta acesteia, condiţii sociale, economice, culturale şi locative, ruta domiciliară, situaţia maritală (tipul familiei în privire longitudinală de preferabil cu date precise), ascendenţi, descendenţi, antecedente medicale semnificative (inclusiv istoric de consum de substanţe psihoactive) ale familiei de origine, ale familiei actuale şi ale sale, antecedente comportamentale şi/ sau penale ale familiei de origine, ale familiei actuale şi ale sale, eventual apel la alte servicii de sănătate şi/sau asistenţă socială,

b. Comportamentul persoanei în mediul apartenent, eventual în trend, în vederea aprecierii modificărilor (inclusiv „când" au fost sesizate aceste modificări, respectiv la locul de muncă (dacă este cazul), în familie (eventual, dacă este cazul şi în raport cu rude de alte grade), la domiciliu şi la nivelul altor grupuri apartenente;

c. Calitatea raporturilor cu membrii grupurilor apartenente;

d. Modul în care este percepută/caracterizată persoana expertizată de către membrii grupurilor apartenente;

e. Raspusul favorabil la tratament (unde este cazul);

2. Date, specifice speţei, privind celelalte părţi implicate

a. Comportamentul acestora faţă de examinat, interese specifice fezabile unei motivări logice a implicării acestora (cu precizări de la caz la caz);

b. Modul în care sunt percepute/caracterizate aceste părți de către persoana expertizată

3. Alte aspecte considerate semnificative pentru comportamentul persoanei expertizate.

4. NOTĂ

In afara aprecierii corecte a patternului comportamental, ancheta socială este indispensabilă aprecierii **funcției volitive** în sensul delimitării influențabilității, sugestionibilitatii si manipulării.

4.1. În general, **ancheta socială** ar trebui să reprezinte un argument pentru identificarea sistemului motivațional al persoanei expertizate în vederea delimitării unei eventuale motivații patologice şi/sau a unor modificări volitive.

4.2. Precizarea structurii personalității (inclusiv a tulburărilor de personalitate) se efectuează corect doar analizând cursa existențială a persoanei (numită „personalitate premorbidă") – de aceea informațiile solicitate sunt înscrise și în clasificarea maladiilor (a OMS și a tuturor instrumentelor de diagnostic psihiatric) la codurile adiționale;

4.3. În cauzele privind **capacitatea psihică de exercițiu/de dispoziție** sunt importante orice informații care să permita aprecierea dacă actul/actele au fost (sau nu) semnate, cu liberă voință, în binele propriu. În cauzele de interdicție sunt importante orice informații care să ateste că persoana expertizată poate (sau nu) să decidă cu liberă voință asupra propriilor interese fără a deranja interesele grupurilor apartenente precum și complianța la tratament. În cauzele de daune civile informațiile trebuie să ne orienteze asupra calității de victimă secundară , abuz etc. În această ultimă situație informațiile despre persoana/persoanele care au generat „conflictul" ar trebui să fie mai detaliate.

III. Ancheta socială în cazurile civile (defunct)

1. Date despre persoană

a. Instrucție, activitate și ruta acesteia, condiții socio- economico - culturale și locative, ruta domiciliară, situația maritală (tipul familiei în privire longitudinală de preferabil cu date precise), ascendenți, descendenți, antecedente medicale semnificative (inclusiv istoric de consum de substanțe psihoactive, alcool) ale familiei de origine, ale familiei actuale și ale sale, antecedente comportamentale și/sau penale

ale familiei de origine, ale familiei actuale şi ale sale, eventual apel la alte servicii de sănătate şi/sau asistenţă socială,

b. Comportamentul persoanei în mediul apartenent, eventual în trend, în vederea aprecierii modificărilor (inclusiv „când" au fost sesizate aceste modificări, respectiv la locul de muncă (dacă este cazul), în familie (eventual, dacă este cazul şi în raport cu rude de alte grade), la domiciliu şi la nivelul altor grupuri apartenente;

c. Calitatea raporturilor cu membrii grupurilor apartenente;

d. Modul în care a fost percepută/caracterizată persoana respectiva de către membrii grupurilor apartenente;

e. Raspusul favorabil la tratament (unde este cazul);

2. Date, specifice speţei, privind celelalte părţi implicate

a. Comportamentul acestora faţă de defunct, interese specifice fezabile unei motivări logice a implicării acestora (cu precizări de la caz la caz);

b. Modul în care erau percepute/caracterizate aceste părţi de către defunct.

3. Alte aspecte considerate semnificative pentru comportamentul defunctului.

4. NOTĂ

In afara aprecierii corecte a patternului comportamental, ancheta socială este indispensabilă aprecierii **funcţiei volitive** în sensul delimitării influenţabilităţii, sugestionibilitatii si manipulării

4.1. Ancheta socială trebuie să faciliteze efectuarea unei **examinări psihiatrice conform standardelor medicale – psihiatrice.**

4.2. Comisia poate primi şi date brute, **la nivelul INML existând informaţiile stanadardizate, necesare clasificărilor;**

4.3. Declaraţiile crude ale intervievaţilor ne oferă mai multe posibilităţi de analiză corectă (analize încrucişate cu reducţie fenomenologică) şi de înlăturare a declaraţiilor subiective şi/sau de rea credinţă.

4.4. În general, **ancheta socială** ar trebui să reprezinte un argument pentru identificarea sistemului motivaţional al persoanei expertizate în vederea delimitării unei eventuale motivaţii patologice ş/sau a unor modificări volitive.

4.5. Precizarea structurii personalităţii (inclusiv a tulburărilor de personalitate) se efectuează corect doar analizând cursa existenţială a persoanei (numită „personalitate premorbidă") – de aceea informaţiile

solicitate sunt înscrise și în clasificarea maladiilor (a OMS și a tuturor instrumentelor de diagnostic psihiatric) la codurile adiționale;

4.6. În cauzele privind **capacitatea psihică de exercițiu/de dispoziție** sunt importante orice informații care să permita aprecierea dacă actul/actele au fost (sau nu) semnate, cu liberă voință, în binele propriu.

4.7. Există posibilitatea ca la nivelul comisiei **să se considere pertinentă solicitarea unor informații suplimentare** (necesitate derivată din conținutul dosarului și ca urmare a primului interviu psihiatric)

ANEXA 3

TIPURI DE FORMULARE

I. CERTIFICAT MEDICO-LEGAL PSIHIATRIC

Comisia formată din dr. .... medic primar legist, dr. .... medic primar psihiatru și dr. .... medic specialist/primar psihiatru, am analizat azi .... conținutul examinării psihiatrice și psihologice efectuat de întreaga comisie și de psiholog .... din data de .... privind pe numitul .... în vârstă de .... de ani, născut la data de .... în ...., domiciliat în ...., str. .... posesor BI seria ..... nr. .... CNP-...................................., care este însoțit de ...., în calitate de ...., legitimat cu BI/CI seria..........nr.............................. Susnumitul solicită examinare în vederea stabilirii capacității sale psihice de a încheia acte de dispoziție, respectiv să (*se va specifica actul + clauza*).

1. Informații obținute de la pacient:

1.1. Antecedente personale generale (se vor consemna: nivel de școlarizare, profesie, dacă pensionarea s-a făcut la limită de vârstă sau din motive medicale, cuantumul pensiei)

....

....

....

....

....

1.2. Antecedente personale patologice nonpsihiatrice

....

....

....

1.3. Antecedente personale patologice psihiatrice

....
....
....
....

1.4. Mediul social (*se vor consemna: componența familiei, relațiile intrafamiliale, situația locativă, bunurile imobile aflate în posesia persoanei examinate*):

....
....
....
....
....
....
....

2. Examenul stării psihice prezente
(*La aspectul general se vor consemna particularități ale aspectului fizic, mers și postura, eventuale deficite senzoriale sau/ și motorii*)

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

3. Motivația actului (*Se vor consemna și afirmațiile pacientului*)

....
....
....
....
....
....

4. Informații din acte medicale

4.1. Antecedente personale patologice nonpsihiatrice

....

....

....

....

....

4.2. Antecedente personale patologice psihiatrice

....

....

....

4.3. Nu/Mai prezintă alte/următoarele acte medicale:

....

....

5. Examen psihologic nr........../data

....

....

....

....

....

....

....

6. Analiza medicală a motivației (*comprehensibilitate în context*)

....

....

....

....

CONCLUZII

Numitul .... prezintă la momentul examinării diagnosticul de ....

....

Din examinarea psihiatrică efectuată în condițiile expuse apreciem că (nu) se reconstituie tulburări volitive de natură a modifica posibilitatea de manifestare cu liberă voință în ceea ce privește încheierea actului dorit.

Este competent/incompetent psihic de a încheia ...... (*se va specifica actul*).

N.B. În conformitate cu **art. 211** din **Legea 71/2011** privind Legea de punere în aplicare a noului Cod Civil, prin care s-a armonizat terminologia științifică actuală cu noțiuni perimate, cuprinse încă în unele articole, chiar și ale noului Cod Civil, expertiza medico-legală psihiatrică va opera cu noțiunea de competență psihică specifică fiecărui tip de cauză civilă, în sensul că **prin competență psihică se înțelege capacitatea persoanei de a aprecia critic și predictiv consecințele social-juridice ce decurg din exercitarea drepturilor și obligațiilor civile.** Sintagma de „competență psihică" înlocuiește termenul „discernământ", ce este specific numai cauzelor penale și care reprezintă capacitatea persoanei de a aprecia critic conținutul și consecințele social-negative ale faptei comise.

COMISIA

MEDIC PRIMAR LEGIST **MEDIC PRIMAR PSIHIATRU**

....

MEDIC SPECIALIST PSIHIATRU

....

2 ex./

Pagină de lucru/observații

II. COMISIA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

CAZURI CIVILE (PERSOANE ÎN VIAȚĂ)/ PENTRU COMPETENȚA PSIHICĂ SPECIFICĂ (SEMNARE ACTE JURIDICE)

Nr.

CATRE,

....

La adresa dvs.**dosar nr. .... din data de ....** va înaintam raportul de expertiză medico-legală psihiatrică privind pe Domnul/ Doamna/ Domnişoara/ Minorul/ Minora .... Taxa de expertiza de .... RON se va vira in contul .... .

DIRECTOR

RAPORT DE EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Comisia formată din .... in baza adresei dosar nr. .... din data de ...., a ...., lucrare dispusă prin încheierea de şedinţă din data de -------- şi primita spre solutionare la data de ...., am examinat la data/datele de .... pe numitul/numita ....în vârstă de ...... ani, fiul/fiica lui ...., născut/ă la data de ...., în .... , cu domiciliul stabil în mediu rural/urban, ..., cu rezidența în ......, CNP-..........., BI/CI seria .... nr. ....

Expertiza s-a efectuat prin examinare/ .... examinări în cadrul comisiei/ şi prin internare în ..... Examinarea/ Examinările s-au efectuat la sediul .... în prezența membrilor comisiei/ şi prin intermediul translatorului autorizat......, agreat de către Ministerul Justiției (autorizaţie nr. ...., legitimat ....)

Comisia a avut la dispozitie următoarele documente

Raportul vizeaza cauza de .... la data de ....

Lucrarea a fost încheiată la data de .... şi redactată la data de/ în perioada ...., fără respectarea/ conform metodologiei în vigoare şi a standardelor ştiinţifice medicale psihiatrice şi psihiatrico – medico-legale precum şi cu respectarea/ fără respectarea drepturilor individuale ale persoanei, respectiv dreptul la „asistență medicală, la „intimitate", la „protejarea datelor personale". Au fost/ Nu au fost respectate „drepturile bolnavului psihic". Au fost/ nu au fost respectate drepturile experților. Lucrarea a fost întocmită cu

respectarea legislației în domeniu/cu respectarea parțială a legislației în domeniu/ fără respectarea legislației în domeniu

NOTĂ

(Se notează corespondența, timpii de efectuare a expertizei, orice alte date privind modul de desfășurare a experizei; motivele neconformității cu unele date etc.)

A. DATE DIN DOCUMENTAȚIA ÎNAINTATĂ DE CĂTRE INSTITUȚIA SOLICITANTĂ

I. OBIECTIVELE ȘI MOTIVAREA EFECTUĂRII EXPERTIZEI

II. OBIECTIVELE EXPERTIZEI

III. ISTORIC

1. Actul juridic care constituie obiectul expertizei.

2. Contestarea actului

3. Alte informații privind istoricul cauzei

IV. INTEROGATORII

V. DECLARAȚIILE MARTORILOR

VI. ALTE INFORMAȚII, NONMEDICALE, PRIVIND CAUZA

VII. DATE DIN ANCHETA SOCIALA

VIII. ACTE MEDICO-LEGALE

IX. ACTE MEDICALE

NOTA (Se trec eventuale comentarii) ....

B. CONSTATARILE MEDICALE ALE COMISIEI DE NOUĂ EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

I. INTERNARE ÎN VEDEREA EXPERTIZĂRII

In vederea actualei expertizari a fost internat in Spitalul Clinic de Psihiatrie « Prof. Dr..."

II. EXAMINARE PSIHIATRICĂ EFECTUATĂ LA NIVELUL COMISIEI

1. DATE ANAMNESTICE ȘI DE PERSONALITATE PREMORBIDĂ - RELEVANTE

2. EXAMENUL STĂRII PSIHICE PREZENTE

3. INVESTIGAȚII COMPLEMENTARE SOLICITATE DE CĂTRE COMISIE

(Ex. psihologic nr. ...., etc.)

C. DISCUȚIA CAZULUI

NOTĂ

CONCLUZII

COMISIA

III. COMISIA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

EXPERTIZA PE ACTE (ÎN CAUZE CIVILE)

CATRE,

....

La adresa dvs. **dosar nr. .... din data de ....** va înaintăm raportul de nouă expertiză medico-legală psihiatrică privind pe defunctul/ defuncta .... Taxa de expertiză de ...... RON se va vira în contul ....

DIRECTOR

RAPORT DE EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Comisia formată din .... în baza adresei dosar nr. .... din ......, a ...., lucrare dispusă în baza .... şi primită spre soluţionare la data de .... am examinat la data/datele de .... documentaţia privind pe numitul/numita .... fiul/fiica lui.............., născut/ă la data de ...., în ...., cu ultimul domiciliu stabil în mediu rural/urban, ..., decedat la data de .... (la vârsta de .... ani), CNP-..........................

Expertiza s-a efectuat prin analizarea documentaţiei avute la dispoziţie, respectiv ....

Raportul vizeaza cauza de ....; actul civil care constituie obiectul cauzei a foast semnat de către .... la data de ....

Lucrarea a fost încheiată la data de .... şi redactată în perioada ...., fără respectarea/ conform metodologiei în vigoare şi a standardelor ştiinţifice medicale psihiatrice şi psihiatrico – medico-legale precum şi cu respectarea/ fără respectarea drepturilor individuale ale persoanei, respectiv dreptul, la „protejerea datelor personale". Au fost/ nu au fost respectate drepturile experţilor. Lucrarea a fost întocmită cu respectarea legislaţiei în domeniu/cu respectarea parţială a legislaţiei în domeniu/ fără respectarea legislaţiei în domeniu

NOTĂ
(Se noteaza corespondenta, timpii de efectuare a expertizei, orice alte date privind modul de desfasurare a experizei; motivele neconformitatii cu unele date etc.)

A. DATE DIN DOCUMENTAȚIA ÎNAINTATĂ DE CĂTRE INSTITUȚIA SOLICITANTĂ

I. MOTIVAREA EFECTUĂRII EXPERTIZEI

II. OBIECTIVELE EXPERIZEI

III. ISTORIC

1. Informații privind actul civil care constituie obiectul cauzei şi persoana care l-a semnat (se notează actul civil, felul, data, partile, conditiile din care a fost încheiat, prevederile actului);

2. Informații privind acțiunea de contestare. (se notează şi motivația contestării).......................

3. Alte informații privind actul civil şi contestarea acestuia.

4. Analiza altor înscrisuri (dacă este cazul)

IIV. INTEROGATORII

V. DECLARAȚIILE MARTORILOR

VI. DATE DE ANCHETĂ SOCIALĂ

VII. ALTE INFORMAȚII

VIII. ACTE MEDICO – LEGALE

IX. ACTE MEDICALE

NOTA (Se trec eventuale comentarii)

B. APRECIERILE COMISIEI DE NOUA EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

I. Analiza încrucişată a tuturor înscrisurilor;

II. Discuția cazului

NOTA

CONCLUZII

COMISIA

BIBLIOGRAFIE

Adshead G., Sarkar AP., *Justice and welfare: two ethical paradigms in forensic psychiatry*, Australian and New Zeeland Journal of Psychiatry, 2005, 39: 1011-1017

Akers R. L.(1973), *Deviant Behavior*, Belmont California: Wadsworth.

Alevizopoulos, Giorgos, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 160-166.

Alexander, R.D. (1974) *The Evolution of Social Behavior*. Annual Review of Ecology and Systematics, 5: 325-383.

Alexandrescu, L., *Stressul Psihic – Concepte Generale*, Revista Română de Sănătate Mintală, Nr. 6., Pag. 6-10, 1997(1).

Allport, G.W., *Structura si dezvoltarea personalitate*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1981.

Alexandrescu, Lucian, *Stresul şi Bolile Psihosomatice*, Revista Română de Sănătate Mintală, Nr. 6, Pag. 16-20, 1997 (1).

American Academy of Psychiatry and the Law: American Academy of Psychiatry and the Law (2005): *Ethics guidelines for the practice of forensic psychiatry*.

American Psychiatric Association, (2000), *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale*, ed. a IV-a, Bucureşti.

American Psychiatric Association (2003) *Manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale*, ediția a patra text revizuit., Bucureşti: Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România.

American Psychiatry Association (2001): *Opinions of the Ethics Committee on the Principles of Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry and Forensic Psychiatry*. Washington, DC: APA.

Amza, T., *Criminologie. Tratat de teorie şi politică criminologică*, Ed. Lumina Lex, Bucureşti, 2002.

Angemeyer, M.C., Schulze, B., *Mentally illpatients – a danger?*, Psychiatric Prax. Sep., 1998, 25 (5), 211-220.

Anno, B. J. (2003): Standards for the delivery of mental health services in a correctional setting, in Richard Rosner *Principles & Practice of forensic psychiatry*, 2nd ed, Arnold, UK, 484-488.

Appelbaum, PS, Gutheil, TG (1991) *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law,* 2nd ed, Baltimore MD Lippincott Williams & Wilkins, 214-57.

Appelbaum, PS (1991): Advance directives for psychiatric treatment, *Hospital and Community Psychiatry* 42, 983-4.

Appelbaum PS (1997): A theory of ethics for forensic psychiatry. J Am Acad Psychiatry Law 25:233-247.

Appelbaum, PS, Gutheil, TG. (2007) *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law,* 4th ed, Philadelphia, PA, Wolters Kluver/Lippincott Williams &Wilkins, pp 179-215.

Appelbaum PS, 1997, *A theory of ethics for forensic psychiatry.* Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 25, 233-47.

Arboleda-Flórez J. (2006) *Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies.* World Psychiatry. 2006; 5:87-91

Arie, T. (1996): *Caring for older people: some legal aspects of mental capacity. BMJ* 313: 156-58.

Asociația baroului America (2007) Raport final: Violența în familie în România: Legislația și sistemul judiciar http://www.inm-lex.ro/fisiere/pag_34/det_674/2588.pdf

Băiceanu, L., *Dicționar ilustrat de psihologie, englez – român,* Ed. Tehnică, Bucureşti, 2004.

Băjenaru O.,Popescu O.B.,Tudose C., *Ghid de diagnostic și tratament în demențe,* Ed. Medicală Amaltea. Bucureşti, 2007.

Baker Rodney R. (1998): A Practice Guideline for Assessment of Competency and Capacity of the Older Adult, *Professional Psychology: Research and Practice In the public domain,* Vol. 29, No. 2, 149-154

Banciu, D., *Control social și sancțiuni sociale,* Ed. Victor, Bucureşti, 1999.

Banciu, D., Rădulescu, S.M., *Evoluții ale delincvenței juvenile în România. Cercetare și prevenire socială,* Ed. Lumina Lex, Bucureşti, 2002.

Banciu, D., Rădulescu, S.M., Voicu, M., *Introducere în sociologia devianței,* Ed. Științifică și Enciclopedică, Bucureşti, 1985.

Barboriak, P.N. (2003): The Hystory of correctional psychiatry, in Richard Rosner *Principles & Practice of forensic psychiatry,* 2nd ed, Arnold, UK, 475-83.

Bard M. & Sangrey D.(1986), *The Crime Victim's Book,* 2nd ed., New York: Brunner/ Mazel.

Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F., Ridel, L. (1998), *Crize. Abordare psihosocială clinică.* Iaşi: Polirom.

Beauchamp TL., Childress JF., *Moral character,* In Principles of biomedical ethics, 26-56, Oxford University Press, 2001.

Beauchamp TL., Childress JF., *Paternalism: conflicts between beneficence and autonomy,* In Principles of Biomedical Ethics, 5th ed., Oxford University Press, 176-194, 2001.

Beliş, V., *Medicina legală în practica judiciară,* Ed. Orizonturi Lider, Bucureşti, 2002.

Beliş, V., Costea, Gabriela, „Tulburările de identitate sexuală în practica Medico-Legală", Comunicare la primul Congres Naţional de Psihoendocrinologie, Septembrie 1996.

Beliş, V., Costea, G., Gangal, G. – „Capacitate psihică – discernământ – potenţial antisocial", comunicare la a VII-a Consfătuire naţională de psihiatrie socială, Oradea, 19-21 octombrie 1996, tipărită în Analele Universităţii Oradea, seria Medicină nr. 2, p. 40-48, Oradea 1996.

Beliş, V., Costea, Gabriela: „Valoarea euristică a expertizei medico-legale psihiatrice", comunicare, Consfătuirea procurorilor criminalişti cu tema – „Probleme actuale privind cercetarea infracţiunilor contra vieţii", Bucureşti, 5-10.10.1994.

Beliş, V., Costea, Gabriela: *Crima de omor şi analiza psihopatologică la caz, Psihocriminalistică*, p. 12-15, Edit. Fondaţiunea Alecu Bagdat, Rm. Sărat, 1998.

Beliş, V., Costea, G., Gangal, G., *Capacitate psihică – discernământ – potenţial antisocial*, în Analele Universităţii Oradea, seria Medicină nr. 2, p. 40-48, Oradea 1996.

Beliş, V., Costea, Gabriela, (1994), „Paradigmele deontologice de investigare a simulării", comunicare, Consfătuirea de psihiatrie, Asociaţia Psihiatrilor liberi, sept. 1994.

Beliş, V., Costea, Gabriela, Gheorghiu, V., (1999), „Tulburarea de personalitate şi simularea", Revista Medicală Orădeană, vol. 6, nr. 1-1999, , p. 86-192.

Benedek, DM, Grieger, TA., *Legal issues in psychiatric practice*, în: Tasman, A, Kay, J, Lieberman, JA, First, MB, Maj, M (eds.) *Psychiatry*, John Wiley&Sons, 2008, vol. 1, 81-96.

Benezech, M.: *Classification des homicides volontaires et psychiatrie*, Annale medico-psychologique, vol. 154, nr.3, martie 1996, p. 161-173.

Berenbaum, H., *Childhood abuse, alexithymia and personality*. Journal de psychosomatic research 41(6): 585 – 95, 1996 dec.

Berkowitz, L. (1969). The frustration-aggression hypothesis revisited, in: Berokowitz (ed.), *Roots of aggression*, Atherton Press, New York.

Berlin I., *Two concepts of liberty*. In: *Four essays on liberty*. Oxford: Oxford University Press, 118-172, 1996.

Bigner, J.J., *Parent-child relations*, Ed. MacMillan Publishing Company, New York, 1989.

Bird C., *Status, identity and respect, Political theory*, 32: 207-232, 2004

Birt, M.A., 2001, *Psihiatrie – prolegomene clinice*, 2001, p. 184-223, Ed. Dacia, Cluj Napoca.

Blau P. M. (1964) *Exchange and Power in Social Life* , New York: Wiley. West & Turner (2007).

Blaauw E., Hoeve M., Marle H., Lorraine Sheridan, *Mentally disordered offenders. International perspectives on assessment and treatment*, Ed. Elsevier, 2002.

Bluglass, R, Bowden, P, Wilker, N. *Principles and practice of forensic psychiatry*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1990.

Bocancia, C., Neamţu, G., *Elemente de existenţă socială*, Ed. Polirom, Iaşi, 1999.

Bohlm, B., Konrad, N., Tătaru, N. et al, (2012): *Prison Psychiatry*, book in press 2012.

Bolan, Ch., (2004), *Need to Know: Security or Liability?*, accessat la data 28/10/2012, http://igneous.scis.ecu.edu.au/proceedings/2004/aism/Bolan.pdf.

Boldea, M., Boldea, C. R., Revista Informatica Economica, nr. 1(25)/2003, p. 78-79.

Boncu, S., *Psihologia influenţei sociale*, Ed. Polirom, Iasi, 2002.

Boros, A., *Crime împotriva vieţii*, M. I., 1996, p. 154-181.

Bourdieu, P., *Questions de sociologie*, Les Editions de la Minuit, Paris, 1984.

Bluglass R., Bowden P., Walker N., *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, Ed. Churchill Livingstone,1990.

Brich, A., *Psihologia dezvoltării*, Ed. Tehnică, Bucureşti, 2000.

Buda, Octavian, *O antropologie a marginalului. Psihiatria judiciară românească: 1860-1940*, Editura Caligraf, Bucureşti, 2007.

Buda, Octavian (2006), *Iresponsabilitatea-Aspecte medico-legale psihiatrice cu aplicaţii în dreptul penal, civil şi al familiei*, Editura Ştiinţelor Medicale, Editura Juridică, Bucureşti.

Buda, Octavian (2007), *Criminalitatea - o istorie medico-legală românească*, Ed. Paralela 45, Bucureşti.

Buda, Octavian (2007), *O antropologie a marginalului. Psihiatria judiciară românească: 1860-1940*, Editura Caligraf, Bucureşti.

Buda O., Dermengiu D. (1997), *Homicides and Suicides in Bucharest, Romania: A Study of Hetero- and Autoaggressive Behavior*, in: Takatori, Takehiko; Takasu, Akihiro (eds.): Current Topics in Forensic Science, Shunderson Communications, Ottawa-Ontario, vol. 3, 210-213.

Bulgaru-Iliescu, D., *Anomia micro-socială. Forme şi consecinţe*, Ed. Timpul, Iaşi, 2002.

Burack JH, Irby DM, Carline JD, *Teaching compassion and respect. Attending physicians' responses to problematic behaviors.* J Gen Intern Med,14:49-55, 1999.

Burgess R. L. & Draper P. (1989) "The Explanation of Family Violence: The Role of Biological Behavioral, and Cultural Selection," in *Family Violence* Ohlin L. & Tonry M., eds., Chicago: University of Chicago Press.

Butoi, T., Butoi, I.T., *Tratat universitar de psihologie judiciară*, Ed. Phobos, Bucureşti, 2003

Butoi, T., *Victimologie* – curs universitar, Ed. Pinguin Book, Bucureşti, 2004.

Butoi, Tudorel, Voinea, Dan, Iftene, Valentin, Butoi, Alexandru, Zărnescu, Constantin, Prodan, Manuela Cristina, Butoi, Ioana Teodora, Nicolae, Luminiţa Georgeta, *Victimiologie*, curs universitar Editura Pinguin Book Bucureşti, 2004, p. 138-139.

Calcedo-Barba, Alfredo, Gil-Gregorio, Pedro, Castelli-Candia, Paola, Legal *Aspects in Dementia*, Curr Opin Psychiatry. 2002;15(6).

Callahan, M. K., (2010), New International Privacy Principles for Law Enforcement and Security, accesat la data 28/10/2012, http://www.dhs.gov/xlibrary/assets/privacy/privacy_new_int_privacy prin-ciples_law enforcement_security.pdf.

Caplin G.(1964) *Principles of Preventive Psychiatry*, New York: Basic Books.

Caplin D. J. et al. (1984) *Toronto Multiagency Child Abuse Research Project: The Abused and the Abuser*, Child Abuse and Neglect 8(3).

Cappell C. & Heiner R. B.(1990) "*The Intergenerational Transmission of Family Aggression*," Journal of Family Violence 5(2).

Centrul parteneriat pentru egalitate (2003) Cercetare naţională privind violenţa în familie şi la locul de muncă http://www.cpe.ro/romana/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=48

Cioclei, V., *Criminologie etiologică*, Ed. Actami, Bucureşti, 1996.

Cioclei, V., *Mobilul in conduita umană*, Ed. All Beck, Bucureşti, 1999.

Chiriţă, Roxana, *Sindroamele depresive cu potenţial suicidar, consecinţe medico-legale şi evaluări etico-psihiatrice*, teză de doctorat, Iaşi, 1997.

Chiriţă, V., Chiriţă, Roxana & colab., *Implicaţii medico-legale în bolile psihice cu evoluţie prelungită*, comunicare, Al doilea Congres de Medicină Legală, Bucureşti, Sept. 1992.

Cleckley, H., *Mask of sanity*. St. Louis, C. V. Mosby, 1984.

Cloos, Jean-Marc, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 184-188.

*** Cod Penal (1997): Regimul Măsurilor de Siguranţă, *Codul Penal al României 1997*, în vigoare, Art. 113, 114, Capitol II, versiunea 2012.

*** Cod de Procedură Penală (1997): Punerea în executare a măsurilor de siguranţă, *Codul de Procedură Penală al României, 1997*, în vigoare, Art. 429, 430, 431, 432, Scţiunea III, versiunea 2012.

*** Cod Penal (2009): Regimul Măsurilor de Siguranţă, *Codul Penal al României 2009*, Art. 109, 110, Capitol II, va intra în vigoare în 24 Iulie 2013.

*** Cod de Procedură Penală (2010): Aplicarea provizorie a măsurilor de siguranţă cu caracter medical, *Codul de Procedură Penală al României, 2010*, Art. 245, 246, 247, 248, Capitolul II, Secţiunea I, va intra în vigoare în 15 Iulie, 2013.

Cohen C. B. (2004): *Philosophical Challenges to the Use of Advance Directives, Handbook of Bioethics*, Philosophy and Medicine Volume 78, 2004, pp 291-314.

Cohen G. D. (2006): *The Mature Mind: The Positive Power of the Aging Brain*, New York, Basic Books, 2006.

Cohen, K. A., *Deviance and control*, Ed. Pretince – Hali, Englewood Cliffs, N.J., 1966.

Cohen, K. A., *The Sociology of Crime and Delinquency*, Ed. John Wiley and Sons, New York, 1962.

Cohen, K. A. (1955). *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*, Glencoe. IL: Free Press.

Cohen J., *Patient Autonomy and Social Fairness*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 9, 391–399, 2000.

Coid, J., *Correctional populations: criminal careers and recidivism*, în: Oldham, JM, Skodol, AE, Bender, D (eds.) *Textbook of personality disorders*, Am Psychiat Publ., Washington, 2007, 579-606.

Combessie, Philippe, *Sociologie de la prison*, Ed. La Decouverte, Paris, 2001.

Comisia Europeană (2010) Eurobarometrul 73.2 *Violen�a domestică împotriva femeilor, Rezultatele pentru România* http://ec.europa.eu/public opinion/archives/ebs/ebs 344 fact ro ro.pdf

Costaş, C., Psihologia anchetei judiciare, accesat la data 28/10/2012, http://cetateaacademica.word press.com/teme-si-idei-din-gandirea-juridica-romaneasca-2/costel-costas/psihologia-anchetei-judiciare.

Costea, G., *Propuneri de modernizare a activității de expertiză medico-legală psihiatrică*, Revista de Medicină Legală, 3(4), Bucureşti, 1995.

Costea, Gabriela, Costea, I., *Implicaţiile psihosociale ale dezvoltării microelectronicii, Implicaţiile microelectronice asupra vieţii economice şi sociale*, Microelectronică, vol. 2, Ed. Ştiinţifică, 1980.

Costea, Gabriela, Costea, I., „Posibila configuraţie a unui tablou psihopatologic într-o societate a microelectronicii", comunicare, U.S.M. Iaşi, 1980.

Costea, Gabriela, *Devianţa manifestată prin violenţă, aspecte teoretice comparative – psihiatrice, medico-legale şi juridice*, în *Conduite autolitice – Devianţe de personalitate – Recuperare în neurologia psihiatrică* – sub red. Albert Veress, Ed. Status, Miercurea Ciuc, 2000, p. 127-138.

Costea, Gabriela, *Asistenţa medicală psihiatrico-medico-legală: particularităţi teoretice şi practice*, în *Coordonatele actuale ale reintegrării bolnavului psihic*, sub red. V. Chiriţă, Ed. Babel, 2001, p. 404-418.

Costea, Gabriela, *Omorul patologic – Abordarea teoretică interdisciplinară a cauzalităţii*, în *Conduite autolitice – Devianţe de personalitate – Recuperare în neurologia psihiatrică*, sub red. Albert Veress, Ed. Status, Miercurea Ciuc, 2000, p. 142-152.

Costea, Gabriela, Popa, V., Mihai, D., (1988), „Ethude de methode dans l'evaluation de la capacite de discernement selon symptomalogie; aspects revue", Acta Maedicine Legale et Sociales, vol XXXVIII, p. 233-241, 1988.

Costea, Gabriela, Beliş, V., (2002), *Bioethical observations regarding the assisted suicide*, Rev. de Medicină Legală, dec. 2002.

Costea, Gabriela, 2002, *Suicidul şi factorii de presiune asupra persoanei*, în *Tulburări afective; conduite autolitice*, sub red., Veress Albert, Ed. Status, Miercurea Ciuc, 2002, p. 46-56.

Costea, Gabriela, *Puncte de vedere teoretice privind capacitatea psihică a martorilor*, comunicare, Conferința națională de psihiatrie, Miercurea Ciuc, 2006.

Costea, Gabriela, *Subevaluarea depresiei și agresivitatea*, Conferința națională de psihiatrie, Miercurea Ciuc, 2008.

Cosyns, Paul, Verellen, Roel – „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 99-104.

Coulter A., *After Bristol: putting patients at the centre.* BMJ, 324:648-51, 2002

Cropanzano, R. & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. Journal of Management, 31, 874-902. DOI: 10.1177/0149206305279602

Cucoș, Constantin, *Câte ceva despre minciună, inducere în eroare, simulare*, „Psihologia", Nr. 2, 1994, p. 21-23.

Cusson, M., *Devianța în Tratat de sociologie*, sub red. Boudon, R., Ed. Humanitas, p. 439-478, 1997.

Dafinoiu, I., (2002), *Personalitatea. Metode calitative de abordare–observația și interviul*, Polirom, Iași.

Dafinoiu, I., (2009), Curs ID, cap. IV – *Metoda biografică.*

Daly, M. and Wilson, M.I. (1981) *Abuse and Neglect of Children in Evolutionary Perspective.* In R. Alexander & D. Tingle (eds.), Natural Selection and Social Behavior: Recent Research and New Theory (pp. 405-416). New York: Chiron.

Daniel C.J., *The psychiatric interview*, Ed. Lippincott Williams &Wilkins, 2005.

David-Ferdon, C., Hertz, M.F., *Electronic media, violence, and adolescents: an emerging public health problem.* J Adolesc Health. 2007;41(suppl 1):S1-S5.

*** Declaration on Bioethics and Human Rights, Universal Draft, Paris, 24 June 2005, www.unesco.or/shsbioethics.

De Kogel, Catharina H., „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 189-196.

Dermengiu, D., *Patologie medico-legală*, Ed. Viața Medicală Românească, București, 2002.

Diamond, B. L.(1990): *The psychiatrist expert witness: honest advocate or 'hired gunn'?* In Rosner, R., Weinstock, R. (eds), *Ethical Practice in Psychiatry and the Law*, New York: Plenum Press, 75-84.

Diamond, B. L. (1992): *The forensic psychiatrist: consultant vs. activist in legal doctrine*. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 20, 119-31.

*** *Dicţionar de filozofie*, colecţia Larousse, Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1998.

Dicţionar Medical, accesat la data de 29/10/2012, http://ro.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_medical.

Di Tullio, B., *Principes de criminologie clinique*, Presses Universitaire de France, Paris, 1967.

Dobash R. E. &. Dobash R. P.(1979) *Violence against Wives*, New York: Free Press.

Dobrescu, I., *Psihiatria copilului şi adolescentului*, Ed. Medicală, Bucureşti, 2010.

Dobrinescu, I., *Pruncuciderea*, Rev. Rom. de Drept, 1971, p. 38-45.

Dobrinescu, I., *Crime împotriva vieţii*, Ed. Academică, Bucureşti, 1987, cap. 8, p. 114-125.

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., & Sears, R. (1939). Frustration and aggression. New Haven, CT: Yale University Press.

Douzenis, A., Lykouras, L. (2008): *Forensic Psychiatry*, Publisher Paschalidis, Athens Dresser, R. (2005): *Complete Authonomy Not the Solution for dementia Patients, 11th annual P. Browning Hoffman Memorial Lecture in Law and Psychiatry.*

Dragomirescu, V.T., *Expertiza medico-legală în psihiatria judiciară*, Ed. Viaţa Medicală Românească, Bucureşti, 2002.

Dragomirescu, V.T., *Psihologia comportamentului deviant*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1976.

Dragomirescu, VT., *Problematică şi metodologie medico-legală*, Ed. Medicală, Buc. 1980.

Dragomirescu, VT., Hangan, O, Prelipceanu, D. *Expertiza medico-legală psihiatrică*. Bucureşti, Ed. Medicală, 1990.

Dragomirescu, VT., *Introducere în medicina legală antropologică – Cauzalitate şi responsabilitate*. Bucureşti, Bucureşti, Ed. ALL, 1999.

Dragomirescu, V.T., *Determinism şi reactivitate umană*, Ed. Şt., Bucureşti, 1990.

Dragomirescu, V.T., „Determinism şi condiţionare în agresivitate delictuală", comunicare la U.S.S.M. Medicină Legală, Bucureşti, 23.04.1977.

Dragomirescu, V.T., Costea, Gabriela: *Forensic medical determination, a logical mathemathical model*, Rev. de Medicină Legală, an. I, vol. 2, 1993.

Dragomirescu, V.T., Cristescu, Mildred, Vianu, I., „Elemente de reconstituire psihologică a actelor criminale şi importanţa medico-legală", Comunicarea la a II-a Conferinţă Naţională de Medicină Legală Bucureşti, 28-29.10.1971.

Dragomirescu, V.T., Hanganu, O., *Studiul motivaţiei în interpretarea cauzalităţii reacţiilor medico-legale*, în Rev. „Probleme de criminalistică şi criminologie", Min. Justiţiei, 1982, 2, p. 85-95.

Dragomirescu, V.T., Costea, Gabriela, Popa Teodosie, Simona, Dudu, Ingrid Popescu, I., *Pruncucidere – infanticid – reacții medico-legale*, Revista Medicală Orădeană, vol 6, nr.1-1999, oradea 1999, pag. 271-277.

Dragomirescu, V.T., *Psihologia comportamentului deviant*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1976, p. 75-77.

Dragomirescu, Virgil-Tiberiu, Costea, Gabriela, *Interpretarea cauzală medico-legală a consumului de alcool în omucideri*, Revista de Medicina Legală, Publicație a Societății de Medicină Legală din România, Anul II, Vol. 2 , Număr 2, Serie nouă, Iunie 1994, p. 165-168.

Dragomirescu, V., Costea, Gabriela, Dragomirescu, Simona, Buda, O., *Serial killers and their assesment in the forensic psychiatry*, Poster presentation, al II-lea congres al Academiei Balcanice de Medicină Legală, Constanța, 2005.

Dragomirescu, V.T., *Determinism şi reactivitate umană (Interpretare cauzală a conduitelor reactive)*, Ed. Ştiinţifică Bucureşti, 1990, p. 59-92, 202-256.

Dragomirescu, V.T., *Contribuții medico-legale la studiul comportamentului agresiv*, cercetare, Bucureşti, 1971-1975; raport, 1976.

Dragomirescu, V.T., Costea, Gabriela: *The Additional criteria of the causal interpretation în the victimology* în Advances în Forensic Sciences, vol. 2, p. 266-269, Berlin, 1995.

Dragomirescu, V.T., Costea, Gabriela, (1993), *Expertiza medico-legală psihiatrică*, Buletinul de Criminologie şi de Criminalistică, nr. 1-2, p. 119-124, 1993.

Dragomirescu, V., Hanganu, O., Prelipceanu, D., (1990), *Expertiza Medico-Legală Psihiatrică*, Ed. Medicală, Bucureşti.

Dragomirescu V., Buda O. (1995), *Causal Explanation and Understanding in Psychiatric Forensic Examination*, in: Mangin, Pierre; Ludes, Bertrand (eds.): Acta Medicinae Legalis, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, vol. XLIV, 114-117

Drugescu, Natalia, *Pruncuciderea*, în „Medicină Legală", sub. red. V. Beliş, Ed. Teora, 1992, p. 146-150.

DSM-IV, Traducere, Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2000.

Dumitru, C-tin., Panghe, C., (1974) *Portretul vorbit*, Serviciul cultural, presă şi editorial, Bucureşti, p. 7.

Durkheim, E., *Regulile metodei sociologice*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1974.

Durkheim, E., *Suicide*, Ed. Free Press, New York, 1951.

Durkheim, E., *Despre sinucidere*, Institutul European, Iaşi, 1993.

Eaton, MT, Jr, Peterson, MH, Davis, JA (1976): *Forensic Psychiatry*, in *Psychiatry* 3th Ed, Medical Examination Publishing Co., Inc. US, pp 419-443.

Enăchescu, C., *Igiena mintală*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1979.

Enescu, I., *Considerații psiho-criminologice privind responsabilitatea penală*, Probleme de medicină legală, 1987, p. 20.

Engels, Fr. (1966), *Dialectica naturii*, Editura Politică, Bucureşti, p. 180.

Eysenck, H., Eysenck, M., *Descifrarea comportamentului uman*, cap. 13, Edit. Teora, p. 118-128, Buc. 1998.

Fazel, S., Hope, T. and Jacoby, R. (1999): *Assessment of competence to complete advance directives: validation of a patient centred approach*, BMJ 1999; 318:493-497).

Fazel, S., Seewald, K. (2012): *Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis*, The British Journal of Psychiatry 2012; 200: 364-373.

Feldman, Marc D., Miner, Ilene D., Factitious Usher Syndrome: *A New Type of Factitious Disorder*, The Medscape Journal of Medicine, 2008.

Fioritti, Angelo, Rimini, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 176-183.

Furberg, E. (2011): *Advance Directives and Personal Identity: What Is the Problem?* Oxford Journals Humanities & Medicine and Philosophy Volume, 37, Issue 1, 60-73.

Gall, J. & Payne-James, J. (2011). *Current Practice in Forensic Medicine*. John Wiley & Sons, Ltd.

Garbarino J.(1977) The Human Ecology of Child Maltreatment, *Journal of Marriage and the Family* (39).

Gelles, R. (1993) *The Violent Home*, Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

Gelles, R. (1983). An exchange/ social control theory. In D. Finkelhor, R.J. Gelles , J. Hotaling, & M.A. Straus (Eds.) *The dark side of families: Current family violence research*. Beverly Hills, CA.: Sage.

Georges, J. (2005): *The benefit of advance directives for persons with dementia*, The 8th European Conference of National Ethics Committees, *25-26 April, 2005, Dubrovnik, Croatia*, 107-118.

Gestenbrand, F., Struhal, W., Baumgartner, H., Raynoschek, B. (2005): *Ethics of Clinical Studies in dementia, 3rd International Congress on the Improvement of the Quality of Life on Dementia, Epilepsy and MS*, Alexandria, Egypt, 28-31 January 2005.

Giannopoulou, I., Douzenis, A., Lykouras, L. (2009): *Child and Adolescent Forensic Psychiatry*, Publisher Paschalidis Athens.

Giles-Sims, J. (1983). *Wife-Beating: A Systems Theory Approach*. New York: Guilford.

Giurgică, Tudor, Bârsan, Claudia, Bebescu, Domnica, Suciu, Monica, Negreț, Liana, „Studii privind formele de comportament antisocial în funcție de tipul şi intensitatea tulburărilor psihice", Comunicare, Versiunea anuală de comunicări ştiinţifice a Instituţiilor de Neurologie şi Psihiatrie, Bucureşti, 1986.

Gladchi, Gh. (2001), *Criminologie generală*, Ed. Museum, Chişinău.

*** Global Initiative on Psychiatry Report 2006-2007, Promoting Mental Health for All, Forensic Psychiatry and Prison Mental Health.

Göllersdorf, Hans Schanda, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 91-98.

Gold LH, Anfang SA, Drukteinis AM, Metzner JL, Price M, Wall BM, Wylonis L, Zonana HV, J of the Am Academy of Psychiatry and Law online, Volume 36, Number 4, 2008 Supplement, S3- S50.

Goode, W. (1971). *Force and Violence in the Family.* Journal of Marriage and the Family 33:624–636.

Gorgoş, Constantin – sub redacţia, *Dicţionar Enciclopedic de Psihiatrie*, Vol. IV, S-Z, Editura Medicală, Bucureşti, 1992.

Gosser, Jacques, *Cours de psychiatrie legale*, 2006.

Granacher R.P.,Jr.,*Traumatic Brain Injury.Methods for Clinical and Forensic Neuropsychiatric Assessment*, Ed. Taylor &Francis Group, 2008.

Grecu, Gheorghe, 2003, „Corelaţii între evenimentele de viaţă stresante şi tulburările depresive", Casa de editură, Mureş, 2003, p. 44-48, p. 63-64.

Grecu, Y, Neontu, M., Enescu, L., *Explicaţii biologice şi medicale ale chimiei anorganice*, Ed. „Junimea", Iaşi, 1982.

Greenland C. (1985), *Dangerousness, mental disorder and politics* în: Webster C.D., Benaron M., Hucker S.J. (eds.): Dangerouness, Cambridge Univ. Press., Cambridge, London, Melbourne.

Gunn J, Nedopil N. (2005): European training in forensic psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health* 15: 207-213.

Gustafson L, Burns A, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, Dufey A-F, Graham N, Ihl R, Kanowski S, Rutz W, Tataru NL and Tudose C. (2003):Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 686-693.

Gutheil, T.G. (1998): *The Psychiatrist in Court: A Survival Guide* (Feb 1998)

Gutheil, T. G. (2009): *The Psychiatrist As Expert Witness*, Second Edition (Jan 5, 2009).

*** Guvernul României, Ministerul Sănătăţii (2006): *Recent Developments in Mental Health Policy and Legislation in România.*

*** Guvernul României, Ministerul Sănătăţii (2006): *Recent Developments in Mental Health Policy and Legislation in România.*

Hare, RD, Neumann, CS., *Psychopathy: assessment and forensic implications*, in: Malatesti, L, McMillan, J (eds) *Responsibility and psychopathy, interfacing law, psychiatry and philosophy*, Oxford Univ. Press, 2010, p. 93-124.

Henslin, J.M. (1990) *Social Problems.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall

Hodgins, S., Janson, C.G. *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Project Metropolitan* (2002) Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Holmquista, Lori A., Wanlass, Richard L., *A Multidimensional Approach Towards Malingering Detection*, Archives of Clinical Neuropsychology , 2002, 143-156.

Houck, M.M. & Siegel, J.A. (2010). *Fundamentals of forensic science.* Academic Press.

Hunter R. & Kilstrom N. (1979), *Breaking the Cycle in Abusive Families*, American Journal of Psychiatry 136(1320).

Iluţ, P., (1997), *Abordarea calitativă a socioumanului*, Polirom, Iaşi, p. 86.

Iluţ, Petru, *Sociopsihologia şi antropologia familiei,* în „Sociologie-antropologie", Editura Polirom, Iaşi, 2005, p. 65-77.

Ioan B., Gavrilovici C., Astărăstoae V., *Confidenţialitatea*, În *Bioetica, cazuri celebre*, Ed. Junimea, 46-59, 2005.

Ionescu, I., Sandu, D., (1990) Identificarea criminalistică, ed. Ştiinţifică, Bucureşti, p. 59.

Ionescu, G., *Tulburările personalităţii*, Ed. Asklepsios, 1997.

Ionescu, G., 2000, *Psihiatrie clinică*, p. 37-60, Ed. Univers Enciclopedic.

Jaspers, K., *Allegmeine Psychopathologie*, Ed. Springer, Berlin 1965.

James, David, *Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states*, of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red., Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 122-135.

Kaltialla-Heino, Riitakertuu, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 136-144.

Kantor, J. E. (2003): Psychiatric ethics in the correctional setting, in Richard Rosner *Principles & Practice of forensic psychiatry,* 2nd ed, Arnold, UK, 532-39.

Kaplan, H.I., Sadock, B. J. (1991): Forensic Psychiatry eds. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Science. Clinical Psychiatry, 6th ed.R.*, 820-831.

Kaplan & Sadock's, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2 Volume Set) by Sadock, Benjamin J. (Editor), Sadock, Virginia A. (Editor).

Kaplan, H.I. & Sadock's , *Synopsis of psychiatry*, 7th Edition, Ed. Williams and Wilknius, Baltimore, 1995, p. 803-811.

Katona C., Chiu E., Adelman S., Baloyannis S., Camus V., Firmino H., Gove D., Graham N., Ghebrehiwet T., Icelli I., Ihl R., Kalasic A., Leszek L., Kim S., de Mendonca Lima CA, Peisah C., Tataru N. and Warner J.(2009): *'World psychiatric association section of old age psychiatry consensus*

statement onethics and capacity in older people with mental disorders'. Int J Geriatr Psychiatry; 24 (12): 1319-1324.

Katz S. (1983): *Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and, instrumental activities of daily living,* J Am Geriatr Soc. 31(12):721-7.

Kerschen, N. (2008): *Are legal systems in Europe fit for the dementia challenge? Approach of the Council of Europe.* in G. Stoppe, EDCON ed. *Competence Assessment in Dementia,* (Chapter 6, pp. 61-70), Springer Wien NY.

Konrad, N., Arboleda-Florez, J., Jager, A. D., Naudts, K., Taborda, J., Tataru, N.(2007): Consensus paper: Prison Psychiatry, *WPA* Scientific Section Forensic Psychiatry's consensus paper, *International Journal of Prisoner Health,* June 2007, 3(2): 111-113.

Konrad, N. (2012): Prison Psychiatry, *Ghent Group 9th annual meeting, Barcelona Spain, 21-23 Septembre, 2012.*

Kramp, Peter, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 105-121.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002) *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organisation.

Lăzărescu, Mircea, *Psihopatologie clinică,* Editura Helicon, Timişoara, 1994, p. 10-17.

Lazărescu, Mircea, *Introducere în psihopatologia antropologică,* Editura Facla, Timişoara, 1989, p. 19-27.

Lăzărescu, M., *Calitatea vieţii în psihiatrie,* Infomedica, Bucureşti, 1999.

Lamothe, Pierre, Meunier, Frederic, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p.145-150.

Lane, B., Gregg, W., 1996, *Enciclopedia ucigaşilor în serie,* p. 9-40; Ed. RAO, Bucureşti.

Laurell, J., Daderman, A.M., *Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders: Some reliability issues,* Int J. Law Psychiatry. 2006 Dec 7; PMID: 17157912 PubMed; www.medscape.com.

LeBourgeois, III HW, Thompson, JW, Black, FW. Malingering, in: Simon, RI, Gold, LH (eds) *Textbook of forensic psychiatry,* 2-nd ed, Washington DC, Am Psychiatric Publ, 2010, p. 453-82.

Leckman, J.F., Sholomskas, D., Thomson, W.D., Trinidad, K.S., *Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis,* Arch. Gen. Psychiatry 39:879,1999.

*** Legea Sănătății Mintale (2002): *Monitorul oficial al României* , XIV, Nr. 589/11.07. 2002, Legea Sănătății Mintale şi a persoanelor cu tulburări psihice Nr.487, iulie 2002, cu norme de aplicare publicate în MO Nr. 373 din 02. 05. 2006, actualizată în 16. 09. 2012.

Lemnaru, V., Apetrei, G. (coordonator), (2006) *Aspecte psihologice ale ascultării învinuitului sau inculpatului,* Casa de editură Venus, Iaşi, p. 458.

Levy Bruhl, H., *Probleme ale sociologiei crimei în Sociologia Franceză Contemporană*, Ed. Politică Bucureşti, 1971.

Lightcap, J.L., Kurland, J.A., & Burgess, R.L. (1982). *Child Abuse: A Test of Some Predictions from Evolutionary Theory.* Ecology and Sociobiology, 3: 61-67.

Lindemann E.(1994), *Symptomatology and Management of Acute Grief,* American Journal of Psychiatry 101: 141–148.

Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition (January 15, 2000).

Lorenz, Konrad, *Aşa-zisul rău – despre istoria naturală a agresiunii,* Editura Humanitas, Bucureşti, 1998, p. 79-81.

Luminosu, Doru S. şi Popa, V., *Criminologie*, Ed. Helicon, Timişoara, p. 87.

Mălinescu, B., Perju, Clara, Costea, Gabriela, „Abordarea medico-legală a prevenției consumului de substanțe psihoactive – studiu cazuistic preliminar", comunicare, Primul Congres Internațional al Medicilor Legişti din Republica Moldova, 27-28 sept. 2001.

Marinescu D., Udriştoiu T., Prelipceanu D., Scripcariu C., *Curicula de instruire în vederea evaluării persoanelor cu probleme de sanătate mintală*, Ed. Sedcom Libris, Iaşi, 2012.

Marinov, P. and Velinov, V. (2009): Part II. Forensic Psychiatry, In: *Practical Pscyhiatry*, Sofia, Assya, 219 p. (In Bulgarian).

Marinov P, Velinov V. (2009): Bulgaria: A European Union Member Lagging Behind in Forensics. *Mental Health Reforms, Special issue: Forensic Psychiatry and Prison mental Health;* ed. Ellen Mercer, 2, pp.18-22.

Matei, A. (2009), Lucrare de diplomă: *Tehnici de identificare în criminalistică.*

McNeil, D.E., Eisener, J.P., Binder, R.L., *The relationship between command hallucinations and violence.* Psychiatric Services (2000) 51(10):1288-1292. McMahon, J. & Clay-Warner, J. (2002) *Child abuse and future criminality: the role of social service placement, family disorganization, and gender.* Journal of interpersonal violence, 17(9): 1002-1019.

Mercy, J. A. (1993) Intentional injuries. In: Mashaly, AY, Graitcer, PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem.* Cairo: Rose El Youssef New Presses.

Michalski, J. H. (2004) *Making Sense Out of Trends in Intimate Partner Violence: the Social Structure of Violence Against Women.* Violence Against Women 10(6):652-75.

Mill, JS., *Despre libertate,* Ed Societatea civilă, Humanitas, Bucureşti, 2005.

Miller, N.E. (1941), *The frustration-aggression hypothesis,* Psychological Review 48: 337- 342

Miller, W. (1958). *Lower Class Culture as a Generating Milieu of Gang Delinquency*. Journal of Social Issues 14 (3): 5–20.

Miller, S. L. (2005). *Victims as offenders: The paradox of women's violence in relationships*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Minovici, M. (1930), *Tratat complet de medicină legală*, vol. II, Bucureşti, p. 1030-1031.

Minovici, N., (1900), *Şcoala antropologică (Bertillon) pentru agenţii de poliţie*, rezumatul cursului – Bucureşti.

Neculau, A. et all, *Psihologie socială. Aspecte contemporane*, Iaşi: Polirom.

Nedopil, N. (2009): Editorial. The role of forensic psychiatry in mental health system in Europe. *Criminal Behaviour and Mental Health* 19: 224-234.

Nedopil, N., Gunn, J., Thomson, L. (2012): Teaching forensic psychiatry in Europe, *Criminal Behaviour and Mental Health* 22: 238–246.

New Oxford Textbook of Psychiatry (September 2003): by Gelder, Michael G. (Editor), Lopez-Ibor, Juan J. (Editor), Andreasen, Nancy (Editor), Lopez-Idor, Juan J. By Oxford University Press

Norris, Joel, 2002, *Serial killers: the growing menace*, http://www.crime-times.org.

Okasa A, Cairo (2005): Suicide prevention in Egypt, The 13th Congress of WPA, 10-15 September 2005, Cairo, Egypt.

Oppenheimer, C. (1999): '*Ethics in old age psychiatry*', Psychiatry Ethics, 3rd Edition, Ed. By Sidney Bloch, Paul Chodoff and Stephen A. Green, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, NY, 1999, 318-343.

Ormrod, J.E. (1999). Human learning (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Osterheider, Michael, Dimmek, Bernd, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 152-159.

Pagelow M. D. (1984) *Family Violence* New York: Praeger.

Peisah, C., Finkel,S., Shulman, K. , Melding, Luxenberg, P., J., Heinik, J., Jacoby, R., B. Reisberg, G. Stoppe, A. Barker, H. Firmino and H. Bennett, H. (2009): *The wills of older people: risk factors for undue influence, International Psychogeriatrics* (2009), 21:1, 7–15 C _ 2008 International Psychogeriatric Association Printed in the UK, for the International Psychogeriatric Association Task Force on Wills and undue Influence.

Phillips, H.K., Gray, N.S., MacCulloch, S.I., Taylor, J., Moore, S.C., Huckle, P. et al. *Risk assessment in offenders with mental disorders: Relative efficacy of personal demographic, criminal history, and clinical variables*. Journal of Interpersonal Violence (2005) 20(7):833-848.

Pleşu A., *Minima moralia: elemente pentru o etică a intervalului*, Ediția a III-a, Editura Humanitas, Bucureşti, 2002.

Poliția Română (2011), *Laborator de fonoscopie judiciară*, site accesat la data 25/11/2012 http://www.politiaromana.ro/Criminalistic/fonoscopie.htm.

Porporino, F.J., Motiuk, L.L., *The prison careers of mentally disordered offenders*. International Journal of Law and Psychiatry (1995) 18(1):29-44.

Porter S., Yuille, J. C. & Bent, A. (1995) *A Comparison of the Eyewitness Accounts of Deaf and Hearing Children*, Child Abuse and Neglect 19(1): 51–62.

Post, S. G. (1995): *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*, Baltimore: John Hopkins University Press.

Predescu, V, Terbancea, M., Romila, A., Vianu, I, Dragomirescu, VT. *Către o teorie a discernământului, Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie*, 1975, XX, 3.

Predescu, V, Terbancea, M, Milea, Ş, Dragomirescu, VT, Prelipceanu, D, Alexandrescu, L ş.a. Conceptul de responsabilitate în funcție de capacitatea psihică şi relația lui cu grupele mari ale bolilor psihice. Referat. *Consfătuirea Psihiatrie şi Medicină Legală, Predeal*, 23 – 24.X.1987. *Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie*, 1987, XXXIII, 2, p. 97-110.

Prelipceanu, D, *Noțiuni de psihiatrie judiciară*, în: Prelipceanu, D (ed.) *Psihiatrie Clinică*, Ed. Medicală, Bucureşti, 2011.

Prelipceanu, D., *Adaptare, periculozitate şi boală psihică*. Teză doctorat, UMF Timişoara, 1993.

Prelipceanu, D., *Aspecte juridice contemporane în sănătatea mintală*, în: Prelipceanu, D., Mihăilescu, R., Teodorescu, R. (eds.), *Tratat de sănătate mintală*, Ed. Enciclopedică, 2000, p. 559-568.

Prelipceanu, D., *Predicția periculozității bolnavului psihic. Corelații socio-economice, situaționale şi evolutive*, Rev. Rom. Psihiatrie, Neuropsihiatrie Infantilă, Psihologie Medicală, 1994, II, 1-2, p. 44-8.

Prelipceanu, D., *Semnificații psihiatrice ale normalității. Rev. Rom. Med. Legală*, 1995, 3, 4, , 385 – 90.

Prelipceanu, D., *Adaptare şi deviantă – o perspectivă istorică asupra psihopatiei*, Revista Medicală Orădeană, vol. 6, nr.1, 1999, Oradea, p. 11-13.

Prosono, M. (2003): History of forensic psychiatry, in Richard Rosner ed. *Principles & Practice of forensic psychiatry*, 2nd ed, Arnold, UK, 14-30.

Prună, T., (1994), *Psihologie judiciară*, Iaşi: Chemarea, p. 320.

Raes D, van Voren, R.(2009): *Developing Prison Mental Health Services in Countries in Transition: Challenges, Constraints and Opportunities*, Mental Health Reforms, Special Issue: *Forensic psychiatry and Prison mental Health, Global Initiative on Psychiatry (GIP)*, Ed Ellen Mercer, 2, 2009, 4-10.

Reiss AJ, Roth JA (1993): *Understanding and Preventing Violence.* Washington, DC: National Academy Press.

Ressler, Robert, Burgess, Ann, Douglas, J., 2002, *Sexual homicide: patterns, motives, and procedures for investigation*, http://www.crime-times.org.

Retzinger, S. M. (1991) *Violent Emotions: Shame and Rage in Marital Quarrels*, Newbury Park, Calif.: Sage.

Riga, Sorin, Riga, Dan, Mihăilescu, Radu, Tudorache, Bogdana, *Sănătatea mintală şi stresul: priorităţi ale societăţii moderne*, Revista Română de Sănătate mintală, vol. II, nr. 1, 2004, p. 7-12.

Riga, Sorin, Riga, Dan, Schneider, Francisc, *Vulnerabilitate, stres şi îmbătrânire: dimensiunea antropologică a stresului în senescenţă*, Revista Română de Sănătate mintală, vol. II, nr. 1, 2004, 35-44.

Roberts A. R. (1990), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*, Belmont, Calif.: Wadsworth.

Rogozea R., *Epilesia*, Ed. Rotech, 2004.

Romilă, A. (1976): *Câteva noţiuni de psihiatrie judiciară*, Predescu V. ed. Psihiatrie, Cap. XIV, pp 1135-1144.

Roskes, E.J., *Correctional psychiatry*, în: Tasman, A, Kay, J, Lieberman, JA, First, MB, May, M (eds.) *Psychiatry*, J. Wiley/ Sons, 2008, vol. 2, 2593-2601.

Rosner, R. (2003) *Principles & Practice of Forensic Psychiatry*. 2nd ed., Oxford University Press.

Rosner, R. (1985): *Legal regulation of psychiatry and forensic psychiatry: clarifying categories for clinicians.* In Rosner, R. (ed.), *Critical Issues in AmericanPsychiatry and the law*, vol. 2. New York: Plenum Press, 3-29.

Rosner, R. (2003): *A conceptual framework for forensic psychiatry*, in Richard Rosner *Principles & Practice of forensic psychiatry*, 2nd ed, Arnold, UK, 3-6.Roşca, I.N., *Sinteze şi analize*, Ed. Eficient, Bucureşti, 1997.

Roşca, N.I., *De la Mythos la Lagos*, Atelierele Tipografiei Metropol, 1998.

Roşca, N.I., *Filozofia modernă*, Ed. Fundaţiei „România de mâine",1998.

Rothbaum B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992) *A Prospective Examination of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims*, Journal of Traumatic Stress 5: 455–475.

Rusnac, S., (1997), *Ghid de psihologie.Pentru agenţii judiciari.* Chişinău: Basarabica.

Saleh, FM, Fedoroff, J.P., Ahmed, A.G., Pinals, D.A., *Treatment of violent behavior*, în: Tasman, A, Kay, J, Lieberman, J.A., First, M.B., Maj, M. (eds.) *Psychiatry*, John Wiley&Sons, 2008, vol. 2, 2603 – 15.

Salize, Hans Joachim, Dreßing, Harald sub. red., „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 12-30, 225-238.

Schneider, K., *The assessment of criminal responsibility*, în: Sass, H. (ed.) *Anthology of german psychiatric texts*. WPA, 2007, p. 403-20.

Schneider CE., *The practice of autonomy: patients, doctors and medical decisions*, New York, Oxford Univ Press, 1998.

Scott, Shirley Lynn (2002), *What makes serial killers tick?*, http://www.crime-times.org.

Scripcaru, G., Astărăstoaie, V. *Criminologie clinică*. Polirom, Iaşi, 2003.

Scripcaru, G., Ciornea, T, Ianovici, N., *Medicină şi drept*, Ed. Junimea, Iaşi, 1979.

Sellin, T. (1938) *Culture Conflict and Crime*. New Jersey: Social Science Research Council.

Sheldon, C.T., Audry, T.D., Arbóleda-Florez, J., Wasylenki, D., Goering, P.N., *Social disadvantage, mental illness and predictors of legal involvement*. International Journal of Law and Psychiatry (2006) 29:249-256.

Shulman, K., Cohen, C. A., Kirsh, F. C., Hull, I. M. and Champine, P. R. (2007): Assessment of testamentary capacity and vulnerability to undue influence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 722-727.

Siegler M., *Confidentiality in medicine - a decrepit concept*, New England Journal of Medicine, 307, 1518-21, 1982.

Silfverhielm, Helena, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p.215-224.

Singer P., *Famine, afluence and morality*, Philosophy and public affairs 1, 229-243, 1972.

Simon, R.I., Shuman, D.W., *Clinical-legal issues in psychiatry*, în: Sadock, BJ, Sadock, VA, Ruiz, P (eds.) *Kaplan&Sadock comprehensive textbook of psychiatry*, 9-th ed., Wolters Kluwer Lippincott Williams&Wilkins, vol. II, 2009, 4427-38.

Simon, R. I. and Wettstein, R. M. (1997): *Toward the Development of Guidelines for the Conduct of Forensic Psychiatric Examinations*, J Am Acad Psychiatry Law, Vol. 25, No. 1,1997 17 Simon and Wettst (curs 5).

*** *Sistem AMDP şi PSE –SCAN*, 1990, WHO, Geneva.

Smith, C:E. (1964): Psychiatry in corrections, *Am Journal of Psychiatry*, 118, 1031-5.

Spar, J. E. and Garb, A. S. (1992) Assessing competency to make a will. *American Journal of Psychiatry*, 149, 169–174.

Sprehe, D.J. (2003): Geriatric psychiatry and the law, in Richard Rosner *Principles&Practice of forensic psychiatry*, 2nd ed, Arnold, UK, 651-660.

Stancu, E., (2010), *Tratat de criminalistică*, ediția V, ed. Universul Juridic.

Stănescu, F., Costea, Gabriela, Ulea, R., *Particularitățile profilaxiei terțiare în combaterea criminalității* în „Psihocriminalistica", Fundația Alecu Bagdat, R,. Sărat, 1998.

Stănoiu, R.M., (1981), *Metode și tehnici de cercetare în criminologie*, București, Ed. Academiei.

Steele B. & Pollock, V. (1968) A Psychiatric Study of Parents Who Abuse Infants and Small Children. In R. Helfer & C. H. Kempe (eds.), *The Battered Child Syndrome*, Chicago: University of Chicago Press.

Steele, B (1987) Psychodynamic Factors in Child Abuse. In R. E. Helfer & R. S. Kempe, (eds.), *The Battered Child*, 4th ed., Chicago: University of Chicago Press.

Stone, J.H., Roberts, M., O'Grady, J., Taylor, A.V., O'Shea, K., „Faulk's Basic Forensic Psychiatry, ed. III, Blackwell Science, Oxford, 2000, p. 260 - 263, 272-293.

Stone, J.H., *Violence*, în: Oldham, JM, Skodol, AE, Bender, D (eds.) *Textbook of personality disorders*, Am Psychiat Publ., Washington, 2007, 477 – 92.

Stone J.H., Roberts M., *Faulk's Basic Forensic Psychiatry*, Ed. Blackwell Science Ltd, 2000.

Stoppe, G. (2008): *Competence Assessment in Dementia*, Ed. Gabriela Stoppe, EDCON, Springer Wien, New York.

Straus, M. A. (1973). *A General Systems Theory Approach to a Theory of Violence Between Family Members.* Social Science Information 12:105–125.

Straus, M. A. (1976). *Sexual Inequality, Cultural Norms, and Wife Beating.* Victimology: An International Journal 1: 54-76.

Straus, M. (1979) "Family Patterns in a Nationally Representative Sample," *International Journal of Child Abuse and Neglect* 3(23).

Strom, P., Strom, R., *Cyberbullying by adolescents: a preliminary assessment.* Educ Forum. 2005;70:21-36.

Suciu, C., (1972), *Criminalistica*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, p. 16.

Ştefănescu, P., Cârjan, L., (1990) *Ştiinţă vs. crimă: criminologie, criminalistică, medicină legală*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, p. 213.

Tănăsescu, C., (2010), *Psihologie judiciară – metodele psihologiei generale*, p. 12.

Tătaru, N. (2005): 'Impact of care on life quality of elderly with mental disorders', in S. J. Baloyannis ed. *Perspectives in Neurosciences*, Ed., Thessaloniki, Greece, 563-572.

Tătaru, N. (2005): "Ageing, mental health and ethical issues", *The 8th European Conference of National Ethics Committees, 25-26 April, 2005, Dubrovnik*, Croatia, 63-80.

Tătaru, N. (2007): *'Quality of life in the elderly mentally ill and the right to die with dignity – an ethical point of view'*, QoL International Conference 27-28 January 2007, Catania, Italy.

Tătaru, N. (2007): *'Quality of life in the mentally ill, suicide and the right to die'*, IPA Congress 3-6 May 2007, Istanbul, Turkey.

Tătaru, N. (2007): *'Ethical issue in geriatric forensic psychiatry'*, IPA Congress 14-18 October 2007, Osaka, Japan

Tătaru, N. (2008): 'Practice of competence assessment in dementia in Romania', Chapter 23 *Competence Assessment in Dementia*, Ed. Gabriela Stoppe, EDCON, Springer Wien, New York, 151-154.

Tătaru, N (2009): Aspect of Ageing, in Bahrer- Kohler, ed. *Self Management of ChronicDisease*, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 16-20.

Tătaru, N., Marinov, P., Douzenis, A., Novotni, A. and Kecman, B. (2010): Forensic psychiatry in some Balkan countries, *Current Opinion in Psychiatry 2010*, 23:472-480.

Tătaru, N. (2012): *Ethical issues in prison psychiatry in Romania*, ed. Bohlm, B., Konrad, et all: *Prison Psychiatry*, book in press 2012.

Taylor, P. J., Gunn, J., Goethals, K., Nedopil, N. (2012): Can training support free movement of forensic psychiatrists between nation?, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22, 4: 233–237.

Teraziev, N.V., (1961), *Identificarea criminalistică a persoanei după semnalmente*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică, (Cap. II).

Terbancea, M., Predescu, V., Dragomirescu, V.T., Prelipceanu, D. ş.a. *Scrisoare metodologică cu privire la expertiza medico-legală psihiatrică*. Probleme de medicină legală, 1987, 20.

Terbancea, M., Predescu, V., Dragomirescu, V., Prelipceanu, D., Stănescu, Fl., *Aspecte ale expertizei medico-legale în perioada 1962-1987*. Analele I.M.L. „Mina Minovici", Conferinţa Naţională de Psihiatrie şi Medicină Legală, Predeal, oct. 1987; *Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie*, 1988, XXXIII, 2, 125-32.

Thambirajah, M.S., *Psychological Basis of Psychiatry*, Editura Elsevier, 2005.

Torres Gonzalez, Francisco, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 207-214.

Tudose F., Cătălina Tudose, Dobranici L.,*Tratat de psihopatologie si psihiatrie pentru psihologi*, Ed. Trei, 2011.

Universitatea Liberă Internaţională a Republicii Moldova (2011), Curs de Psihologie judiciară: *Psihologia juridică-ştiinţă şi practică, Metodologie si metode ale psihologiei juridice*, p. 13-17.

Van De Veer D., *Paternalistic intervention: the moral bounds on benevolence*, Princeton University Press, 16-40, 1986.

van Voren, R. (2009): Editorial, *Mental Health Reforms, Special Issue: Forensic Psychiatry and Prison mental Health, Global Initiative on Psychiatry (GIP)*, Ed Ellen Mercer, 2, 2009, 3.

van Voren, R.(2009): Initiating reform in prison mental health & forensic psychiatry in Serbia, Mental health reforms, special issue: forensic psychiatry and prison mental health, Global Initiative on Psychiatry (GIP), ed. Ellen Mercer; 2009. pp. 16–17.

Velinov VT, Marinov PM. (2006): Forensic psychiatric practice: worldwide similarities and differences. *World Psychiatry*, 2006, 98-99.

Walsh, Dermot, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer

Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p.167-175.

Warner, R. L., Lee, G. R. & Lee, J. (1986) Social Organization, Spousal Resources, and Marital Power: A Cross-Cultural Study, *Journal of Marriage and the Family* 48: 121–128.

Walker, L.E. (1979). *The battered woman.* New York: Harper & Row.

West, R. & Turner, L. (2007). Introducing Communication Theory. New York: McGraw Hill.

Wettstein, R. M., (2002): Ethics and forensic psychiatry, *Psychiatr Clin North Am.* 25(3): 623-33.

Williams, O.J., & Becker, R.L. (1994). *Domestic partner abuse treatment programs and cultural competence: The results of a national survey.* Violence & Victims, 9, 287–296.

Wing, C. P. (1979) *Crisis Intervention as Psychotherapy*, New York: Oxford University Press.

Wolfgang, M. & Ferracuti, F. (1967). *The Subculture of Violence.* London: Tavistock.

Wolfner, G. D., & Gelles, R. J. (1993). A profile of violence toward children: A national study. Child Abuse and Neglect, 17, 197–212.

Wolfgang M.E., Savitz L., Johnston N. - eds. (1970), *The Sociology of Crime and Delinquency*, 2nd ed. John Wiley and Sons Inc., New York.

*** World Psychiatric Association, Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, 1996, approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Madrid, Spain, on August 25, 1996, and enhanced by the WPA General Assemblies in Hamburg, Germany on August 8, 1999, in Yokohama, Japan, on August 26, 2002, and in Cairo, Egypt, on September 12, 2005.

*** World Psychiatric Association. Scientific Section Forensic Psychiatry's consensus paper on guidelines for Independent Medical Examination. 2010. submitted to World Psychiatry - under editorial review.

Wrightsman L. S., *Forensic Psychology*, Ed. Wadsworth - Thomson Learning, 2000.

Xavier, Miguel, „Final Report of Research Project – Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU member states", of the European Commission – Health and Consumer Protection Directorate General", sub red. Hans Joachim Salize & Harald Dreßing, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany 2005, p. 160-166.Wyatt, J., Squires, T., Norfolk, G. & Payne-James, J. (2011). *Oxford Handbook of Forensic Medicine.* Oxford University Press.



Tipar **Blue Sim & Co** Iaşi

B-dul Carol I, nr. 3-5

simonaslf@yahoo.com

50

Titlul programului:
Proiect finanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Axa prioritară: 1 "Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere"
Domeniul major de intervenție: 1.5 "Programe doctorale și postdoctorale în sprijinul cercetării

Titlul proiectului:
Standarde europene pentru programe postdoctorale competitive de formare în domeniul cercetării avansate și expertizei psihiatrice medico-legale

Editorul materialului: Institutul de Medicină Legală Iași
Data publicării: **aprilie 2013**

ISBN 978-973-612-493-8

